



**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil
e Pediatria
Relatório de Estágio**

**Gestão diferenciada da dor relacionada com
procedimentos no recém-nascido pré-termo: contributos
do enfermeiro**

Patrícia Alexandra Cortinhal Bucha Galego



**Lisboa
2020**



**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil
e Pediatria
Relatório de Estágio**

**Gestão diferenciada da dor relacionada com
procedimentos no recém-nascido pré-termo: contributos
do enfermeiro**

Patrícia Alexandra Cortinhal Bucha Galego

Orientador: Professora Sónia Colaço

**Lisboa
2020**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

“Aqueles que passam por nós não vão sós, não nos deixam sós.

Deixam um pouco de si, levam um pouco de nós.”

Antoine de Saint-Exupéry

AGRADECIMENTOS

Ao meu marido e filhos por todo o apoio incondicional, compreensão durante os períodos de ausência e por serem sempre uma fonte de inspiração.

À minha mãe e sogros por toda a ajuda, disponibilidade e motivação para caminhar.

Aos meus amigos pelo aconchego em todos os momentos.

Às minhas colegas da UCERN pela compreensão e amparo.

À Professora Sónia Colaço pela orientação e disponibilidade durante todo o percurso.

Aos profissionais de saúde, crianças e famílias, pelo seu precioso contributo no meu processo de aprendizagem.

LISTA DE SIGLAS

CCF – Cuidados Centrados na Família

CNT – Cuidados Não Traumáticos

CVSIJ – Consulta de Vigilância de Saúde Infantil e Juvenil

DGS – Direção Geral de Saúde

DR – Diário da República

EE – Enfermeiro Especialista

EEESIP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

EO – Enfermeira Orientadora

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

GOBP – Guia Orientador de Boas Práticas

ICN – International Council of Nurses

IPFCC – Institute for Patient and Family Centered Care

NP – Norma de Procedimento

OE – Ordem dos Enfermeiros

PNSIJ – Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

RN – Recém-Nascido

RNPT – Recém-Nascido Pré-Termo

UC – Unidade Curricular

UCIN – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

UCERN – Unidade de Cuidados Especiais ao Recém-nascido

UP – Urgência pediátrica

USF – Unidade de Saúde Familiar

WHO – World Health Organization

RESUMO

A dor relacionada com procedimentos caracteriza-se por ser uma dor aguda e de curta duração associada à realização de procedimentos terapêuticos ou de diagnóstico. No âmbito dos cuidados neonatais os progressos tecnológicos possibilitaram a sobrevivência de recém-nascidos com idades gestacionais cada vez menores. No entanto, estes desenvolvimentos acarretaram consequências menos positivas, nomeadamente a longa permanência dos recém-nascidos no hospital e o consequente aumento da exposição ao *stress* e a estímulos dolorosos associados à prestação de cuidados com implicações para a condição de saúde do recém-nascidos e para o seu neurodesenvolvimento. Nestas circunstâncias, a utilização de estratégias para a prevenção e controlo da dor durante a prestação de cuidados e em especial na realização de procedimentos invasivos, constitui uma prioridade para todos os profissionais com o objetivo de minimizar o seu impacto a curto e longo prazo. A problemática deste relatório relaciona-se com a gestão diferenciada da dor relacionada com os procedimentos no recém-nascido pré-termo no contexto da neonatologia, emergiu a partir da análise das práticas do meu contexto de trabalho, da revisão da literatura e da preocupação individual relativa à qualidade dos cuidados prestados no âmbito dos cuidados não traumáticos e centrados na família. O relatório pretende evidenciar o desenvolvimento de competências, através da descrição e análise crítica das ações desenvolvidas no âmbito da gestão diferenciada da dor relacionada com os procedimentos e da prestação de cuidados de enfermagem especializados em saúde infantil e pediátrica, nos diferentes contextos do estágio. O percurso de desenvolvimento ancorou-se numa prática clínica, reflexiva e baseada na evidência e teve como referenciais, os Cuidados Centrados na Família, os Cuidados Não Traumáticos e o modelo de sistemas de Betty Neuman. As aprendizagens concretizaram-se através da realização do projeto “Crescer sem dor – Contributos para a melhoria contínua dos cuidados de enfermagem”, do qual fazem parte a elaboração de três normas de procedimentos relacionadas com a gestão da dor e participação parental na unidade de cuidados intensivos neonatais; da prestação de cuidados em diferentes contextos; da análise reflexiva sobre as atividades realizadas; e da formação em contexto de trabalho e da supervisão de cuidados.

Palavras-chave: Recém-Nascido Pré-Termo; Dor aguda, Cuidados não traumáticos; Enfermagem Pediátrica; Unidade Cuidados Intensivos Neonatais.

ABSTRACT

Procedural pain is characterized by acute and short-term pain associated with performing therapeutic or diagnostic procedures. In the context of neonatal care, technological advances have made it possible for newborns with lower gestational ages to survive. However, this development has led to less positive consequences, namely the newborns' long stay in hospital and the increased exposure to stress and painful stimuli associated with the provision of care both with implications for the health of the newborns and their neurodevelopment. In these circumstances the use of strategies for the prevention and control of pain during the provision of care should be a priority for all professionals aiming to reduce its impact in the short and long term.

The central problem of this report relates to differentiated pain management associated to procedures to the preterm newborn in the context of neonatology, and emerged from the analysis of practices in my work setting, from review of literature and the concern about the quality of care provided in the context of non-traumatic and family-centred care. This report aims to highlight the development of competencies through descriptive methodology and critical analysis of the actions developed within the scope of differentiated procedural pain management and the provision of specialized nursing care in child and paediatric health, in different health settings.

The learning pathway was anchored in a clinical, reflective and evidence-based practice and was based on family-centred care, atraumatic care and the Betty Neuman Systems Model. The learning took place through the work "Growing up without pain at UCERN – Towards a continuous improvement of care", which includes the development of three procedural guidelines related to pain management and parental participation in the unit neonatal intensive care; providing care in different contexts; reflective analysis of the activities carried out and training of the team and supervision of care.

Keywords: Preterm newborn; acute pain; atraumatic care; pediatric nursing; Neonatal Intensive Care Unit.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	10
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	13
1.1 O Modelo de Sistemas de Betty Neuman	13
1.2 Os Cuidados de Enfermagem às Crianças Jovens e suas Famílias	17
1.3 Gerir a dor relacionada com procedimentos	20
1.3.1. Especificidades na gestão da dor relacionada com procedimentos no recém-nascido pré-termo	25
2.PROBLEMÁTICA EM ESTUDO	29
3.DOS OBJETIVOS ÀS ATIVIDADES REALIZADAS: UM PERCURSO FORMATIVO NO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS PARA ENFERMEIRO ESPECIALISTA	31
3.1.Desenvolver competências na prestação de cuidados à criança, jovem e família em resposta às necessidades do ciclo de vida, do desenvolvimento e dos processos de saúde-doença	33
3.1.1.Na promoção do desenvolvimento da criança, jovem e família	33
3.1.2. Na adequação da comunicação ao estágio de desenvolvimento da criança, jovem e família	41
3.2. Desenvolver competências na gestão diferenciada da dor relacionada com procedimentos na criança e jovem	46
3.2.1.Na avaliação e controlo da dor relacionada com procedimentos na criança e jovem nos diferentes contextos	46
3.2.2. O projeto "Crescer sem dor - Contributos para a melhoria contínua dos cuidados de enfermagem" na gestão da dor do recém-nascido pré-termo	54
4.REFLEXÃO SOBRE O PERCURSO REALIZADO: CONTRIBUTOS PARA A AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA	57
5.CONSIDERAÇÕES FINAIS E PROJETOS FUTUROS	62
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	64

ANEXOS

ANEXO I - Certificado de participação no “IV Encontro de Enfermagem de Neonatologia da área de Lisboa”

ANEXO II – Diagrama do Modelo de Betty Neuman

APÊNDICES

Apêndice I – Cronograma e Guia de objetivos e atividades do estágio

Apêndice II – Jornais de Aprendizagem e Estudo de Caso Clínico

Apêndice III – História de dor no Internamento – Sessão de Formação na unidade de internamento de Pediatria

Apêndice IV – Proposta de Norma de Procedimento – “Diagnóstico precoce no Recém-Nascido”

Apêndice V – Proposta de projeto “Crescer sem Dor – Contributos para a melhoria contínua dos cuidados de enfermagem”

INTRODUÇÃO

O presente relatório foi elaborado no âmbito da unidade curricular Estágio com relatório do 10º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Tem como finalidade documentar o percurso formativo e o desenvolvimento de competências para Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP) através da descrição e análise crítica das atividades realizadas em estágio, e dos processos de trabalho assentes numa tomada de decisão clínica que evidenciam a mobilização do enquadramento profissional e científico preconizado para o exercício da profissão (Diogo, 2019). O percurso de aprendizagem foi ancorado no projeto de estágio elaborado de acordo com as minhas necessidades formativas, com a problemática centrada na gestão da dor relacionada com procedimentos no recém-nascido pré-termo (RNPT), e com os referenciais teóricos para a prática de cuidados de enfermagem em pediatria e saúde infantil, nomeadamente o Modelo de Sistemas de Betty Neuman, os Cuidados Centrados na Família (CCF), os Cuidados Não Traumáticos (CNT).

Durante o internamento na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) os recém-nascidos pré-termo (RNPT) estão expostos a diversos procedimentos invasivos, potencialmente dolorosos, como meios de diagnóstico e terapêutica. Considerando que o recém-nascido pré-termo é imaturo e muitas vezes incapaz de expressar a sua dor, é possível contribuir para a minimização dos efeitos negativos a curto e longo prazo no seu desenvolvimento através da avaliação e gestão sistemática da dor, sustentando a minha preocupação e interesse nesta área de intervenção. A identificação da problemática emergiu a partir da análise das práticas do meu contexto de trabalho e da preocupação relativa à qualidade dos cuidados prestados no contexto da neonatologia, no âmbito dos CNT e CCF. A problemática do projeto centrou-se na gestão diferenciada da dor relacionada com procedimentos no recém-nascido pré-termo no contexto da UCIN. No entanto e tendo em conta a pertinência desta problemática considerámos importante alargar o nosso foco para incluir também as crianças e jovens em contextos de maior complexidade como a urgência pediátrica. A problemática identificada insere-se no escopo de ação do EEESIP cujas competências envolvem a “ (...) gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas” (Regulamento nº 422/2018, de 12 de Julho,

p. 19193). O desenvolvimento destas e de outras competências implicam que durante o percurso de estágio sejam colocadas em prática as atividades programadas no projeto, gerindo e supervisionando os cuidados de enfermagem de acordo com o preconizado pela Ordem dos Enfermeiros (OE) no regulamento nº140/2019 de 6 de fevereiro, relativamente à responsabilidade profissional ética e legal, à qualidade e gestão dos cuidados e ao desenvolvimento profissional.

A escolha da teoria de Betty Neuman como conceção teórica orientadora deste percurso assenta no pressuposto de que os cuidados de enfermagem agregam a totalidade e a individualidade da pessoa e representam um recurso para prevenir e diminuir o impacto dos *stressores* aos três níveis de prevenção. Este referencial teórico defende que os clientes se encontram em constante processo de mudança, dinâmico e contínuo, de forma a satisfazer as necessidades do organismo e a manter a homeostasia (Tomey e Alligood, 2004). A dor constitui um *stressor* com potencial para provocar o desequilíbrio do sistema e consequentemente afetar a saúde e o bem-estar das crianças e suas famílias. No caso particular do recém-nascido pré-termo esta questão coloca-se ainda de forma mais premente relacionada com as suas características de desenvolvimento, constituindo um problema complexo e um desafio para a prestação de cuidados de enfermagem. Deste modo, a prática clínica em estágio pretendeu traduzir a apropriação das orientações preconizadas pela Teoria de Sistemas de Betty Neuman, com base na problemática da gestão da dor e nas características do sistema-cliente. A intervenção centrada na criança, e em particular no recém-nascido pré-termo, para prevenir e minimizar a dor relacionada com os procedimentos, foi uma preocupação constante através do planeamento, implementação e avaliação dos cuidados de enfermagem prestados cujo objetivo foi proporcionar a homeostasia e o bem-estar do cliente.

Os objetivos delineados para a Unidade Curricular Estágio com Relatório foram: 1) desenvolver competências de EEESIP em resposta às necessidades específicas do ciclo de vida e desenvolvimento das crianças e jovens, bem como as que decorrem dos processos de saúde-doença em diferentes contextos de cuidados; 2) desenvolver competências para a prestação de cuidados na gestão diferenciada da dor relacionada com procedimentos no recém-nascido, criança e jovem.

O estágio teve a duração de cerca de 18 semanas, tendo o seu início no Centro de Paralisia Cerebral, seguindo-se a Urgência Pediátrica, o Internamento de Pediatria, a USF e por fim o meu contexto profissional, a Neonatologia, durante 5 semanas.

O relatório encontra-se organizado em quatro capítulos. O primeiro capítulo é referente ao enquadramento teórico, pretende clarificar os conceitos e teorias que foram orientadores do percurso formativo e da prática de cuidados de enfermagem prestados no estágio e fazer uma síntese acerca da fisiopatologia da dor e da evidência científica para a avaliação e gestão da dor relacionada com os procedimentos no RN, criança e jovem. O segundo capítulo corresponde à identificação e justificação da problemática em estudo. O terceiro capítulo destina-se à descrição e análise reflexiva acerca dos objetivos e das atividades desenvolvidas ao longo do percurso formativo, bem como das aprendizagens realizadas. Por último, o quarto capítulo apresenta considerações finais através da síntese dos aspetos mais relevantes do percurso e considerações sobre perspetivas futuras.

A referenciação bibliográfica obedece às normas da *American Psychological Association* (APA).

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O presente capítulo pretende contribuir para a clarificação dos conceitos teóricos estruturantes da enfermagem pediátrica e enquadrar os cuidados de enfermagem neste contexto. Começaremos por apresentar o modelo conceptual de enfermagem de sistemas de Betty Neuman, a filosofia de CCF e o conceito de CNT em pediatria, concluindo com a síntese da revisão da literatura que contextualiza o problema em estudo.

A revisão da literatura foi concretizada com o objetivo de reunir a principal informação sobre a investigação empírica relacionada com a gestão e controlo da dor relacionada com os procedimentos nos cuidados de saúde no RN, criança/jovem. A pesquisa bibliográfica foi realizada através de livros, da literatura cinzenta e da utilização das bases de dados eletrónicas CINAHL Plus with Full Text (via EBSCO) e MEDLINE with Full Text (via EBSCO), usando como expressões booleanas de pesquisa *“procedural pain” and “preterm infant” or “child”*.

1.1. O Modelo de Sistemas de Betty Neuman

O ato de cuidar e ser cuidado está intrínseco à condição humana, e subsidia vários modelos e teorias estruturantes para a profissão de enfermagem. Cuidar é descrito como a “essência da enfermagem e característica central, dominante e unificadora” (Leininger, 1988, p. 152). Para Collière (2000, p.155) “(...) cuidar é aprender a ter em conta os dois “parceiros” dos cuidados: o que trata e o que é tratado; leva as enfermeiras a querer refletir sobre as emoções e as atitudes que acompanham os cuidados “.

De acordo com a problemática do projeto, considerei pertinente enquadrar os cuidados prestados à criança ao jovem e à família de acordo com uma conceção de cuidar assente no Modelo de Sistemas de Betty Neuman, incluída no paradigma de integração. Considerando que o recém-nascido pré-termo é imaturo e permeável à influência do ambiente, a opção por este modelo justifica-se por se centrar nas respostas da criança/família aos *stressores*, nomeadamente à dor, compreendendo os fatores que influenciam o seu bem-estar através de uma abordagem holística e sistémica (Neuman & Fawcett, 2011).

O modelo de Betty Neuman foi publicado em 1972, e assenta em diversas teorias e conceitos, tais como: a teoria de Gestalt que descreve o conceito de

homeostasia como o modo através do qual o organismo mantém o equilíbrio e a saúde em qualquer contexto, mesmo em condições difíceis; os conceitos de *stress* e *coping* de Selye e Caplan, definindo *stress* como uma resposta não específica do corpo a qualquer pedido que lhe é feito, e incorporando o conceito de níveis de prevenção do seu modelo conceptual, relacionando-os com a enfermagem (Alligood and Tomey, 2004). A autora mobiliza ainda a perspetiva filosófica de Chardin e Marx que atribui importância à influência que os padrões do todo têm sobre as partes; a teoria dos sistemas de Ludwig Van Bertalanffy que considera o sistema como um conjunto de elementos que interagem entre si; e o modelo ecológico de sistemas de Brofenbrenner que lhe trouxe a perspetiva de que o ambiente em que a pessoa se desenvolve vai condicionar o seu comportamento.

Os principais conceitos metaparadigmáticos do modelo são: a **pessoa, ambiente, saúde e enfermagem** (Alligood and Tomey, 2004; Neuman, 2011; Lawson, 2014). Para a autora **pessoa-cliente** é o indivíduo, a família, a comunidade ou a questão social. O **cliente** é constituído por uma estrutura básica que diz respeito às suas características inatas e genéticas, aos fatores básicos de sobrevivência comuns, à espécie e à energia do sistema. É considerado um **sistema aberto** que interage de forma permanente com o meio e onde ocorre a troca de energia e informação entre os seus elementos, para garantir a homeostasia (processo que permite manter o equilíbrio do sistema). O **sistema** é constituído pelas **variáveis fisiológica, psicológica, sociocultural, de desenvolvimento e espiritual** e uma estrutura básica que está em constante relação entre si, com os sistemas e o ambiente que o rodeia. Encontra-se protegido por anéis circundantes designados como linhas de defesa e de resistência que representam os fatores de proteção do sistema na manutenção do seu equilíbrio. As **linhas de defesa** são externas ao sistema: a **linha de defesa normal** é representada no diagrama proposto pela autora (Anexo II) por um círculo sólido na fronteira do sistema e representa a estabilidade do mesmo; a **linha de defesa flexível** é representada por um anel quebrado que é flexível, dinâmico e protetor representando os mecanismos de proteção e *coping* que impedem os *stressores* de alterar o bem-estar do sistema. A linha de defesa pode sofrer alterações desencadeada por fatores externos de que são exemplos a temperatura da unidade, o ruído, alteração nas rotinas de higiene do sono. Quando a linha de defesa normal é ineficaz perante um *stressor*, a reação ocorre e o cliente/criança apresenta os sinais e/ou sintomas de instabilidade ou de doença (Lowry & Aylward, 2015; Neuman &

Fawcett, 2011). As **linhas de resistência** são representadas no modelo como anéis que circundam a estrutura básica e representam os fatores de recurso que ajudam o sistema na reação aos *stressores* (Neuman & Fawcett, 2011). Os **stressores** são considerados pela autora como estímulos capazes de produzir tensão e causar desequilíbrio nas forças intrapessoais (ocorrem no indivíduo), interpessoais (ocorrem entre um ou mais indivíduos) e extrapessoais (ocorrem fora do indivíduo); e os **mecanismos de coping** são recursos do sistema que ajudam a lidar com a tensão provocada pelo *stressor*, minimizando o seu impacto.

O **ambiente** surge como um conjunto de forças internas (intrapessoal) e externas (interpessoal e extrapessoal) que afetam e são afetadas pelo cliente ou, pelo **ambiente criado** onde se verifica a mobilização inconsciente do cliente de todas as variáveis do sistema no sentido da integração, estabilidade e integridade do sistema.

A **saúde e bem-estar** existe quando as partes do sistema do cliente interagem em harmonia e estão satisfeitas (Allgood and Tomey, 2004). As reações do sistema aos *stressores* podem se não forem adaptativas conduzir à desarmonia entre as suas partes e à doença, ou à estabilidade e ao desenvolvimento preservando o nível de saúde adequado, se a resposta for adaptativa. Para que exista harmonia (equilíbrio e homeostasia), o sistema recorre a mecanismos de *coping*, que se traduzem em comportamentos adaptativos que permitem dar resposta às influências ambientais, para minimizar a tensão numa situação de *stress*. As crianças enquanto sistema em desenvolvimento possuem recursos de *coping* limitados para responder de forma eficaz aos stressores ao mesmo tempo que possuem fronteiras permeáveis tornando-as particularmente vulneráveis.

A **enfermagem** é considerada como uma profissão singular que agrega a pessoa como um todo, incluindo o conjunto de variáveis que condicionam a sua resposta ao *stress*. Neuman foca-se nas necessidades humanas investindo na proteção e redução do *stress*, acreditando que as suas causas bem como os fatores de risco podem ser identificados e prevenidos. Adapta o conceito de níveis de prevenção do Modelo de *Caplan* e relaciona estes níveis de prevenção com a enfermagem: **prevenção primária** (tentar fortalecer a linha flexível de defesa do sistema), **secundária** (tentar estabilizar o sistema para assim fortalecer as linhas internas de resistência) e **terciária** (tentar fortalecer a resistência aos *stressores* e prevenir o seu reaparecimento). Sendo que a intervenção primária deve ser privilegiada quando se suspeita ou se deteta um *stressor* (Allgood and Tomey, 2004).

As intervenções de enfermagem devem responder através de *inputs* que permitam reforçar o sistema aos três níveis de prevenção, nomeadamente através de intervenções que mobilizem os seus recursos e desenvolvam capacidades que permitam substituir a pessoa quando não pode ou não consegue fazer, administrando protocolos terapêuticos. Essas intervenções são mecanismos para apoiar a criança e família no processo de reconstituição de forma a recuperar e manter a homeostasia (Neuman & Fawcett, 2011). A nível da prevenção primária as intervenções de enfermagem no âmbito da gestão da dor no recém-nascido pré-termo durante os procedimentos podem ser direccionadas para a presença parental, capacitação e *empowerment* dos pais, gestão do ambiente da unidade, medidas de conforto do recém-nascido, avaliação da dor, controlo do ruído e da luz. A prevenção secundária envolve intervenções iniciadas após surgirem sintomas de *stress*. Os recursos internos e externos do sistema são usados no sentido da estabilização do sistema para fortalecer as linhas internas de resistência, reduzir a reação e aumentar os fatores de resistência. Importa que o enfermeiro reconheça que a sua perspetiva sobre o problema pode ser diferente da perspetiva da criança e família e que importa aceder e confrontar as duas para adequar às necessidades individuais do sistema-cliente, respeitando as suas crenças e valores, as suas fragilidades. Refere-se à deteção dos sinais de *stress* e ao controlo dos mesmos, nomeadamente através da avaliação da dor e da utilização de medidas farmacológicas e não farmacológicas para o controlo da dor e *stress*. Por último, em termos de prevenção terciária ocorre após o tratamento e centra-se no reajustamento através de intervenções com vista à estabilidade do sistema. Pretende-se manter o bem-estar contínuo da criança e da família, realizando uma contínua avaliação da dor e promovendo a sua capacitação e *empowerment*.

O modelo possibilita apreciar a criança enquanto sistema em interação com o meio e outros sistemas, nomeadamente os mais próximos [família] e caracterizar as suas respostas aos *stressores*. Considerando que a criança é um ser em desenvolvimento, apresenta recursos limitados para lidar com o *stress*, tornando-o permeável à influência dos que a rodeiam e ao ambiente. Esta permeabilidade implica dependência de outros para suprir as suas necessidades, ficando assim mais vulnerável. As intervenções de enfermagem nos três níveis de prevenção referidos anteriormente têm a capacidade para modificar o ambiente e as condições adversas promovendo o desenvolvimento e adaptação da criança.

Em suma, o modelo de sistemas de Betty Neuman como orientação para a prestação de cuidados de enfermagem foca-se na apreciação do sistema como um todo através da caracterização das suas variáveis e linhas de defesa e resistência, nomeadamente na resposta aos stressores que interferem no bem-estar/saúde, não só da criança como da família. O enfermeiro procura caracterizar o sistema para o compreender, correspondendo às suas necessidades e individualizando os cuidados de acordo com três níveis de prevenção: primária, secundária e terciária. Desta forma, identifica os *stressores* intra, inter e extrapessoais, direcionando para o planeamento e a implementação de cuidados de enfermagem integrais e sistematizados, antes do *stress* afetar o sistema, depois do *stressor* provocar sintomas e de forma a restabelecer o equilíbrio do sistema (Neuman & Fawcett, 2011).

A compreensão deste modelo conceptual de enfermagem foi fundamental como orientação para uma prática clínica individualizada e centrada na criança/jovem e família. Da reflexão sobre o modelo conceptual foi possível compreender que este mobiliza conceitos que estão alinhados com uma filosofia de cuidados a crianças e jovens, incluindo os direitos das crianças, os CCF e os CNT que abordei seguidamente.

1.2. Os Cuidados de Enfermagem às Crianças Jovens e suas Famílias

Os cuidados de enfermagem em saúde infantil e pediatria encontram-se ancorados nos Direitos das Crianças, nos CCF e CNT.

O Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem nº 119 de 22 de Junho de 2015 refere-se à pessoa nesta área de especialidade como um binómio criança/jovem e família.

A Organização Mundial de Saúde define a criança como todo o ser humano com idade inferior a 19 anos, ou menos se a legislação do país de origem conceder a maioridade mais precocemente (WHO, 2013). Em Portugal a definição de criança inclui todos os cidadãos até aos 18 anos (UNICEF, 1990) ou no caso de a criança ser portadora de doença crónica, incapacidade ou deficiência até aos 21 ou 25 anos (Regulamento nº 422/2018 de 12 de Julho).

A criança enquanto ser de direitos só é reconhecida em Portugal na segunda metade do século XX, com a Constituição de 1976 (artigo 69º), na qual foram decretados direitos individuais à criança, impondo ao estado a responsabilidade pela sua defesa. Em 1989, a Convenção sobre os Direitos da Criança atribui a estas o

direito a serem protegidas em coligação com o estado, sociedade e cidadãos, competindo-lhes a garantia do seu potencial máximo de desenvolvimento, sobrevivência e otimização da sua saúde (UNICEF, 1990). É na sequência da ratificação da convenção dos direitos da criança e da garantia da proteção que surge em 1998, em Portugal, a Carta da Criança Hospitalizada (Instituto de Apoio à Criança, 1998). A sua ampla divulgação contribuiu para o desenvolvimento de uma nova perspetiva no cuidado pediátrico e para consolidar a implementação e aceitação dos direitos das crianças em contexto hospitalar.

A família é “o que cada pessoa considera que é” (Hockenberry, 2014, p. 49). Não existindo uma definição universal, pode ser caracterizada pela consanguinidade, afinidade e família de origem. A família é uma estrutura básica da sociedade que tem vindo a modificar-se nos países ocidentais, que se caracterizam por múltiplos tipos de composição familiar e que ultrapassam o conceito de família tradicional nuclear (Hockenberry, 2014). As crianças possuem necessidades psicossociais e de desenvolvimento particulares, dependendo dos cuidados da família e em particular dos pais à medida que estes vão surgindo. A família é fundamental para o desenvolvimento das crianças, representando diversas gerações e géneros que contribuem para o seu compromisso emocional e onde predomina o valor afetivo (Hockenberry, 2014). Os pais são os membros familiares responsáveis pelo cuidado físico, social e afetivo das crianças representando a maior influência para a saúde da criança (Hockenberry, 2014).

Os cuidados de enfermagem em saúde infantil e pediátrica têm como foco a criança/família enquanto unidade de cuidados, atendo à sua vulnerabilidade perspetiva-se a sua autonomia progressiva, implicando parceria de cuidados (Regulamento n.º 351/2015 de 22 de Junho). A filosofia de **CCF** “reconhece a família como uma constante na vida da criança” (Hockenberry & Barrera, 2014, p. 11). Possibilita que as famílias mantenham os seus papéis e cuidem das crianças dentro e fora do ambiente hospitalar, proporcionando-lhes meios e oportunidades para demonstrarem as suas habilidades e as suas dificuldades de modo a satisfazer as suas necessidades e as da criança (Hockenberry & Barrera, 2014). Por outro lado, proporciona-lhes controlo sobre a sua vida através de comportamentos de ajuda entre o enfermeiro e a família, que devem resultar em mudanças positivas para esta (*empowerment*) (Hockenberry & Barrera, 2014). Esta forma de cuidar entende que a qualidade dos cuidados depende do envolvimento das famílias na prestação dos

mesmos, designadamente através de decisões partilhadas em relação aos cuidados de saúde, comunicação eficaz e prestação de cuidados que respeite as suas preferências e valores.

Nesta perspetiva os cuidados de enfermagem proporcionam um ambiente favorável e cuidados de qualidade, satisfazendo as necessidades individuais das crianças e famílias através de estratégias que assentam na parceria de cuidados e na negociação (Davis, et al., 2003; Maria & Dasgupta, 2016). Os CCF e o estabelecimento de relações de parceria assentam em quatro pilares fundamentais: o respeito pela dignidade das crianças e famílias; na partilha de informação entre enfermeiros e criança/família; na participação da criança/família na tomada de decisão; e na colaboração entre profissionais de saúde e criança/família no desenvolvimento de políticas e programas de melhoria contínua da qualidade de cuidados [Insitute for Patient and Family Centered Care] (IPFCC, 2017). Como já foi referido anteriormente a criança em desenvolvimento é particularmente vulnerável ao impacto dos *stressores* resultantes da hospitalização e prestação de cuidados de saúde. Esta condição pode ser atribuída às suas características relacionadas com o seu desenvolvimento e mecanismos de *coping* potencialmente imaturos, compreendendo-se assim que os cuidados não traumáticos constituam uma das dimensões mais importantes e estruturantes dos cuidados pediátricos.

Os **CNT** podem ser definidos como uma proposta de cuidados terapêuticos que mobilizam intervenções que visam eliminar ou diminuir o desconforto psicológico experimentado pela criança e família em qualquer local de prestação de cuidados de saúde (Hockenberry & Barrera, 2014) Esta perspetiva contempla 3 princípios fundamentais na sua conceção: não separar a criança e a família, incentivar a sensação de controlo e reduzir técnicas invasivas e dor (Hockenberry & Barrera, 2014). Para garantir estes princípios, têm sido adotadas algumas estratégias durante a hospitalização de que é exemplo: a presença constante dos pais, mesmo na realização de procedimentos, evitando assim o sentimento de perda e promovendo controlo; garantir a privacidade da criança; proporcionar-lhe atividades que permitam descentrar do procedimento através do brincar terapêutico ou o respeito pelas diferenças culturais (Hockenberry & Barrera, 2014).

Esta filosofia de cuidados assente nos CCF e na prestação de CNT, tal como referimos anteriormente pode ser sustentada no Modelo de Sistemas de Betty Neuman dado que este integra a família no sistema da criança formando uma relação

de dependência justificada pela imaturidade do seu desenvolvimento, otimizando o seu bem-estar. Esta filosofia de cuidados permitiu-me fundamentar as atividades realizadas ao longo do percurso em que fui desenvolvendo competências de EEESIP e atingir os objetivos traçados, de forma a otimizar a saúde e bem-estar da criança/família.

No próximo subcapítulo será contextualizada a problemática efetuando-se uma revisão dos conceitos associados, nomeadamente o conceito de dor e a sua fisiopatologia relacionada com os procedimentos e especificidades da criança e do jovem.

1.3. Gerir a dor relacionada com procedimentos

A dor é definida pela *International Association for the Study of Pain*, como “uma experiência sensorial e emocional desagradável associada, ou semelhante à associada, a danos reais ou potenciais nos tecidos (IASP, 2020).

A experiência de dor é subjetiva e multidimensional, envolvendo seis dimensões de dor, são elas: fisiológica (que inclui os aspetos físicos neurológicos e bioquímicos), sensorial (discrimina o local, intensidade e qualidade da dor), afetiva (abarca as respostas emocionais positivas e/ou negativas), cognitiva (significado que atribuímos à dor, atitudes e estratégias de *coping*), comportamental (expressão corporal, facial, vocal, alteração no ritmo do sono) e sociocultural (fatores ambientais, sociais, culturais, religiosos), sendo percebida de diferentes formas por cada pessoa (Batalha, 2016).

A dor pode classificar-se de acordo com a sua duração, patogénese e fatores causais. Quanto à duração, a dor classifica-se como aguda e crónica. A dor aguda está geralmente associada a um traumatismo súbito dos tecidos ou inflamação causada por uma queimadura, procedimento ou terapêutica, e que é limitada no tempo, normalmente inferior a três meses. A dor crónica caracteriza-se por um estado de hiper excitabilidade persistente que permanece por um período superior a três meses, onde existe uma incapacidade do sistema nervoso em restabelecer a atividade neuronal para níveis homeostáticos normais (Batalha, 2016).

Em relação à fisiopatologia consideram-se quatro tipos de síndromes dolorosas (Costigan, citado por Tavares et al., 2014): dor nociceptiva que se caracteriza pela presença de estímulos específicos a recetores da dor que são sensíveis à temperatura, à vibração, à distensão e a substâncias químicas libertadas por células

danificadas, que apenas perdura durante a presença do estímulo nocivo; dor inflamatória em que o estímulo nocivo provoca lesão do tecido gerando uma resposta inflamatória. Geralmente este processo é reversível, porém se for prolongado no tempo pode tornar-se patológico; a dor neuropática ocorre por lesão ao nível do sistema nervoso central e periférico provocando uma reação exagerada mesmo na ausência de um estímulo, pela alteração do processamento nociceptivo; e dor disfuncional que não tem qualquer utilidade de proteção, reparação ou cicatrização e acontece como resultado do aumento do sinal nociceptivo que ocorre no organismo, independentemente da existência de inflamação ou alterações do sistema nervoso (Tavares, et al., 2014).

A Teoria do Portão ensaia uma teoria explicativa de como é o fenómeno da dor, sendo amplamente aceite pela comunidade científica, fornece uma explicação plausível para que sejam aceites as estratégias não farmacológicas para o alívio da dor. Esta teoria foi proposta em 1965 por Melzack e Wall e defende a possibilidade de existir um mecanismo neuronal, designado de portão, localizado nos cornos posteriores da espinal-medula e que permite ou inibe a passagem dos impulsos elétricos entre as fibras aferentes primárias e o sistema nervoso central. A libertação dos neurotransmissores de excitação abre o portão e pelo contrário, a ação dos transmissores de inibição fecham o portão (Batalha, 2016).

A dor tem repercussão em vários órgãos e sistemas do organismo. A libertação em massa de hormonas específicas (p.e. adrenalina e noradrenalina) e supressão de outras (p.e. insulina e testosterona) desencadeiam: no sistema cardiovascular taquicardia, hipertensão; no sistema respiratório provoca o aumento da necessidade de oxigénio e aumento da frequência respiratória; a imobilidade durante o internamento dificulta o reflexo de tosse e promove a hipoxemia e infeções do foro respiratório; no sistema gastro intestinal e urinário dá-se aumento do volume dos esfíncteres, diminuindo a motilidade intestinal e urinária, obstipação, retenção urinária, vômitos; no sistema hematológico potencia o risco de estase venosa e da trombose venosa profunda. Vários trabalhos comprovam ainda que as crianças/jovens expostas a experiências significativas de dor, podem apresentar sensibilidade aumentada, tendência para somatização, regressões, distorção da imagem corporal, dificuldade de coordenação, alterações na alimentação e de comportamento (Batalha, 2010; Batalha, 2016).

A gestão da dor implica a avaliação sistemática da mesma como 5º sinal vital de forma a permitir um planeamento adequado das intervenções. Porém, a avaliação em pediatria pode apresentar alguns desafios, tendo em conta o estágio de desenvolvimento e as capacidades da criança para expressar a sua dor, nomeadamente na criança pré-verbal, com deficiência/incapacidade e limitações na comunicação (p.e. criança/jovem com paralisia cerebral). Sendo que nestes casos a identificação da dor é exequível apenas com recurso a medidas fisiológicas e comportamentais, o que acarreta algum grau de subjetividade (Batalha, 2016). A Direção Geral de Saúde emitiu uma orientação Nº 014/2010 de 14 de Dezembro de 2010, com o objetivo de melhorar as capacidades e conhecimentos dos profissionais de saúde na avaliação da dor das crianças identificando princípios e instrumentos de avaliação da intensidade da dor, válidos, seguros e clinicamente sensíveis, organizados por idades e ordem de prioridade, são eles: para os recém-nascidos incluindo RNPT (EDIN, NIPS, PIPP e N-PASS); menores de 4 anos ou pré-verbal (FLACC); entre 4 e 6 anos (FPS-R, Escala de Faces Wong-Baker); a partir dos 6 anos (EVA, EN, FPS-R e Escala de Wong-Baker); crianças com multideficiência (FLACC-R). O documento inclui ainda orientações específicas para a construção da história da dor que deve englobar um conjunto de informações pertinentes, recolhidas através do contacto próximo dirigido à criança ou aos pais/cuidadores (a partir dos 4 anos). A história de dor foi destacada como importante recurso para a avaliação da dor na criança/jovem e considerada como boa prática. A informação recolhida será fundamental na prevenção e tratamento da dor permitindo identificar as intervenções mais adequadas, priorizar os cuidados, os ensinamentos, a administração e vigilância dos efeitos do tratamento farmacológico e não farmacológico, na procura de cuidados individualizados, holísticos e centrados na criança/jovem e família (Batalha, 2005; DGS, 2010; Batalha, 2016).

Na perspetiva de Neuman a dor pode ser considerada como um *stressor* relacionado com a doença, a lesão corporal, o medo, a perda de controlo e a ansiedade, défice de conhecimento, o ambiente desconhecido e o afastamento da escola e dos amigos, cujas intervenções de enfermagem podem ajudar atuando aos três níveis de prevenção. Ao nível da prevenção primária podemos intervir desde o acolhimento no serviço, garantindo a gestão da dor, realizando a preparação para o procedimento, incentivando a presença parental e a capacitação e *empowerment* da criança e dos pais. Como prevenção secundária as nossas intervenções permitem

percecionar os sinais de *stress*, incentivar a expressão de emoções, utilização de medidas não farmacológicas e farmacológicas e prevenção de complicações e como prevenção terciária fomentar a capacitação e *empowerment* da criança e dos pais e prepará-los para a alta (se for esse o caso). De acordo com as especificidades descritas, a participação parental neste processo, assume particular importância diminuindo o *stress* e o medo que a separação pode provocar, modificando a percepção de dor na criança/jovem. Para além de que a presença dos pais facilita a compreensão das manifestações de dor da criança/jovem, promove a implementação de cuidados não traumáticos, e facilita no processo de integração da experiência de dor através de orientações e estratégias facilitadoras para o seu controlo (Guia Orientador de Boas Práticas - GOBP, 2013a).

A dor procedimental ou dor relacionada com procedimentos caracteriza-se por ser uma dor aguda com uma duração breve, porque termina quando acaba o procedimento (Barros, 2010). Refere-se a uma prática que é percecionada como desagradável do ponto de vista sensorial e emocional, que resulta de uma lesão real ou potencial dos tecidos, associada a procedimentos terapêuticos ou de diagnóstico (DGS, 2012). A utilização de estratégias para controlo da dor na criança durante os procedimentos invasivos, contribui para a prevenção de sequelas relacionadas com a dor como: a ansiedade antecipatória em futuros procedimentos, alteração da sensibilidade à dor, dificuldade em realizar procedimentos médicos e fobia a agulhas (Barros, 2010).

Vários são os acontecimentos na vida da criança e família, ligados à prestação de cuidados de saúde, nomeadamente durante os procedimentos, causadores de dor e ansiedade (Fernandes, 2009). Ao longo dos vários estádios de desenvolvimento da criança/jovem, em particular nos primeiros anos de vida, estão mais expostas à prestação de cuidados de saúde (vacinação), realização de procedimentos diagnósticos (diagnóstico precoce) e de tratamento (DGS, 2012; Diogo, et al., 2016).

Para minimizar a experiência de dor relacionada com os procedimentos, estão disponíveis **intervenções farmacológicas e não farmacológicas** eficazes e seguras, que podem ser usadas de forma isolada ou cumulativa (OE, 2013). As intervenções farmacológicas contemplam a analgesia (tópica, infiltração local ou sistémica) com ou sem sedação (consciente ou inconsciente) aquando da realização de procedimentos dolorosos, sendo privilegiada sempre que seja possível, a via menos invasiva (oral, intranasal, transmucosa, inalatória e tópica) (DGS, 2012).

As intervenções não farmacológicas proporcionam a reestruturação cognitiva, reformulam as expectativas e percepções da experiência de dor, transformando as cognições responsáveis pelas reações de medo e *stress* (OE, 2013). Podem ser classificadas de acordo com o nível em que se processa a modulação do estímulo doloroso, podendo ser comportamentais, cognitivas, cognitivo-comportamentais, físicas, de suporte social e ambientais (DGS, 2012). A sua escolha está dependente dos recursos existentes em cada serviço, da preferência de cada criança/jovem, das suas estratégias de *coping*, do estágio de desenvolvimento e de acordo com o tipo, o contexto e as características da dor (Linhares & Doca, 2010; DGS, 2012; Batalha, 2016). As orientações da DGS (2012) reconhecem como boas práticas, o recurso a intervenções sensoriais e cognitivo-comportamentais como a amamentação, *swaddling* e contenção manual, sucção não nutritiva, sacarose 24%, distração, imaginação guiada/hipnoanalgesia, massagem, modelação, preparação, reforço positivo, relaxamento muscular/exercícios respiratórios. Importa ainda salientar que a adequada gestão da dor depende da avaliação e controlo da mesma, bem como do planeamento na preparação das crianças, seleccionando as intervenções mais adequadas para o controlo da dor e treinando antecipadamente as criança que tenham idade para colaborar, informando e usando uma linguagem adequada ao estágio de desenvolvimento e promovendo a participação parental através da partilha de informação útil e clara que permita um apoio adequado à criança/jovem (DGS, 2012, Batalha, 2010).

Os cuidados de enfermagem sistematizados nos parágrafos anteriores para a gestão da dor procedimental, coadunam com um pensamento sistémico e holístico, com capacidade para prevenir, estabilizar e recuperar do impacto que o *stressor*- dor, pode ter na criança e no jovem de um modo geral. Tendo em conta a problemática identificada e os objetivos desenvolvidos em contexto de trabalho importa para uma melhor compreensão detalhar alguns dos aspetos que se referem especificamente ao RNPT no que diz respeito à avaliação e controlo da dor relacionada com os procedimentos e que passaremos a explicitar.

1.3.1. Especificidades na gestão da dor relacionada com procedimentos no recém-nascido pré-termo

A preocupação com a dor no RNPT é recente, dado que, até à década de 80 se manteve a crença de que eram incapazes de sentir dor, devido à imaturidade do seu sistema nervoso. O défice de mielinização que conduz ao desenvolvimento insuficiente dos mecanismos neurais e a imaturidade das conexões sinápticas suportava a crença. No entanto, apesar de a mielinização ser incompleta, estudos mais recentes têm demonstrado que esta não é condição essencial para que exista percepção e transmissão do estímulo doloroso, pois o transporte do estímulo nociceptivo faz-se essencialmente através das fibras pouco mielinizadas (δ A) ou amielinizadas (fibras C). No RNPT as vias necessárias à condução da dor estão completamente mielinizadas às 30 semanas de gestação (Reis, 2009). A imaturidade dos mecanismos inibitórios tornam o RNPT mais vulnerável à experiência de dor, e a necessidade de cuidados de saúde e realização de procedimentos diagnósticos e de tratamento expõem-no a inúmeras situações que envolvem dor e *stress* (Reis, 2009). Durante a hospitalização o RNPT é exposto a inúmeras situações desagradáveis ou dolorosas (Reis, 2009; Fernandes, 2007) onde se inclui o ambiente pela constante presença de luz e ruído e pelas situações de cuidados diários e rotineiras como a manipulação para observação, para pesagem, prestação de cuidados de higiene e conforto, colocação e retirada de elétrodos. O RNPT é ainda sujeito, para diagnóstico e tratamento, colheitas de sangue, punções frequentes nomeadamente a punção do calcanhar para pesquisa da glicémia, aspiração de secreções e introdução de sondas, tubos e drenos, bem como o tratamento de feridas cirúrgicas (Fernandes, 2007). Nos últimos anos os profissionais de saúde têm apresentado nas unidades protocolos para que o RNPT seja manipulado o mínimo possível para evitar comprometer o seu desenvolvimento. Apesar do esforço estes procedimentos não podem ser completamente eliminados, sendo que em RNPT o número de procedimentos tende a diminuir com o aumento da idade e melhoria do seu estado de saúde (Fernandes, 2007).

Considerando o acima descrito, podemos inferir que os progressos tecnológicos no âmbito dos cuidados neonatais trouxeram um importante efeito adverso aos RNPT que necessitam de cuidados intensivos, nomeadamente uma exposição aumentada a estímulos dolorosos (Fernandes, 2009). Podemos assim dizer que à dor resultante da condição de saúde do RNPT admitido numa UCIN (Unidade

de Cuidados Intensivos Neonatais), soma-se a dor decorrente de múltiplos procedimentos realizados durante o internamento (Franck, 2009). A dor repetitiva, não gerida e prolongada no período neonatal tem consequências a **curto e longo prazo** (Fernandes, 2009). A curto prazo algumas consequências identificadas são a diminuição da saturação de oxigênio e o aumento da frequência cardíaca, o que pode consequentemente aumentar as necessidades do sistema cardiorrespiratório, a irritabilidade, alteração do padrão de sono, diminuição do apetite ou mesmo recusa alimentar, para além da interferência na relação mãe-filho (Grunau, et al., 2006). Pode também causar elevação da pressão intracraniana, e deste modo aumentar o risco de hemorragia intraventricular em recém-nascidos pré-termo (Reis, 2009). A **médio e a longo prazo**, aponta-se para a presença de “sequelas” do fenómeno doloroso prolongado a que o recém-nascido foi submetido, como aumento da sensibilidade à dor, com hipersensibilidade a estímulos dolorosos e não dolorosos, provavelmente por aumento das ramificações nervosas no local agredido e diminuição do limiar à dor, alterações cognitivas e *deficits* de atenção e concentração durante o período escolar (Beggs et al., 2012; Fitzgerald & Walker, 2009; Fernandes, 2009; Peters et al., 2005). Experiências adversas e traumatizantes no início de vida, como a prematuridade e complicações graves que requerem cuidados intensivos, estão relacionados com patologias psiquiátricas e com alterações fisiológicas induzidas pelo *stress* (Anand, 2007). Estudos de seguimento de recém-nascidos prematuros submetidos a múltiplos procedimentos dolorosos revelam, na fase escolar, um aumento na incidência de sintomas não ligados à dor, como diminuição na resposta afetiva, *déficit* neurológico e do desenvolvimento, dificuldade de adaptação social e problemas cognitivos e de aprendizagem (Anand, 2007).

A gestão diferenciada da dor implica mobilizar conhecimentos e habilidades complexas para avaliar e intervir em situações de particular exigência, como acontece na UCIN. Na prática de enfermagem é importante conhecer os fatores que alteram a resposta do RNPT à dor, como a instabilidade do RNPT ou a idade gestacional, de maneira a selecionar escalas de avaliação de dor adequadas e facilitar a interpretações dos seus resultados. O conhecimento destas respostas possibilita ainda definir intervenções de enfermagem com foco nos CNT e CCF, que promovam o desenvolvimento do RNPT, presença parental, controlem o ambiente, garantindo a gestão da dor e do stress (Fernandes, 2007). É fundamental incluir os pais enquanto parceiros de cuidados para defender e facilitar intervenções eficazes de prevenção da

dor na UCIN, nomeadamente através de intervenções sensoriais. Esta parceria de cuidados enquadra-se na filosofia de Cuidados Centrados na Família (CCF) e de Cuidados Não Traumáticos (Coughlin, 2016). O envolvimento da família no conforto do seu bebé é um requisito para o desenvolvimento saudável entre pais e filhos. Embora nenhum pai queira que o seu filho sinta dor, quando esta é uma realidade devido à ameaça à vida, os pais devem estar munidos de conhecimentos sobre a experiência de dor e os comportamentos de dor do bebé, bem como, estratégias efetivas de controlo da mesma baseado em evidência científica (Franck, et al., 2011).

O controlo eficaz da dor é um indicador da qualidade dos cuidados prestados tanto do ponto de vista ético como pelas suas implicações no neurodesenvolvimento do recém-nascido pré-termo e termo (DGS, 2012). Para garantir a **prevenção da dor** e do *stress* no RNPT é **recomendado**: realizar de forma sistemática a sua avaliação, utilizando de forma continuada um instrumento de avaliação adequado ao RNPT, antes, durante e depois dos procedimentos, monitorizando as intervenções realizadas; recorrer a intervenção não farmacológicas e farmacológicas (ponderação na sua utilização quando a pesquisa dos seus efeitos é escassa); formação frequente aos profissionais de saúde no âmbito da avaliação e gestão da dor e do *stress* e manter auditorias através de elementos de referência na equipa que assegurem o cumprimento destas medidas (Coughlin, 2016). Na prática a prevenção deve ser feita diminuindo os procedimentos de rotina ao essencial. Desde que seja possível devem ser usadas técnicas menos invasivas como meio de diagnóstico, ponderadas as reais necessidades de exames de rotina (RX e análises clínicas), reduzir o número de tentativas para concretizar procedimentos, solicitando ajuda de outro profissional (colocar um acesso venoso periférico) (Coughlin, 2011; Coughlin, et al., 2009). Durante a prestação de cuidados, os enfermeiros devem estar atentos aos aspetos comportamentais e fisiológicos observados em consequência de um estímulo nocivo, assumindo um papel de co-reguladores do RNPT, modulando as suas respostas ao nível biocomportamental (Klein & Linhares, 2009).

A **avaliação da dor** no RNPT é um dos vários desafios pela sua incapacidade de verbalizar a experiência de dor e os seus sinais comportamentais e fisiológicos poderem ser confundidos nomeadamente com o *stress* (Coughlin, 2014). Importa ainda considerar não apenas a quantidade de exposição repetida à dor nos RNPT mas também as diferentes capacidades de autorregulação perante estas experiências (Klein & Linhares, 2009), porque se em muitos RNPT o choro está presente, também

existe uma percentagem de RN que não choram e ficam hipotónicos (Reis, 2009), daí a necessidade de ferramentas de avaliação da dor multidimensionais. A multidimensionalidade das escalas de avaliação permite ao enfermeiro garantir uma avaliação abrangente e precisa da informação, e inclui parâmetros fisiológicos e comportamentais, como por exemplo a **atividade facial e os movimentos corporais**. Uma vez encontrada a **escala de avaliação** adequada para ser utilizada na unidade neonatal, não significa por si só que esteja a ser realizada a adequada gestão da dor (Franck, & Bruce, 2009). Para gerir a dor e o *stress* do bebé prematuro é fundamental monitorizar a dor de forma sistemática e como 5º sinal vital de acordo com as orientações definidas pela DGS na Circular Normativa nº 9/DGS de 14/6/2003 em articulação com as Orientações técnicas Nº 024/2012 de 18/12/2012 sobre o controlo da dor no recém-nascido (0-28 dias).

O tratamento da dor do RNPT é complexo e deve atender às suas características particulares e à sua correta avaliação. A DGS recomenda a utilização de normas de procedimentos atualizadas no controlo da dor neonatal, recorrendo a intervenções farmacológicas e não farmacológicas. Da revisão realizada foi possível compreender que as estratégias farmacológicas implicam na sua maioria um risco para o RN, devendo ser usadas com alguma precaução (Whit, 2012). Entre as estratégias farmacológicas mais utilizadas para o controlo da dor moderada a intensa no RN estão o paracetamol, opióides ou benzodiazepinas. Apesar de comum a utilização de anestésicos tópicos não revelam a mesma eficácia durante os procedimentos realizados na UCIN (Johnston et al., 2011; Leher & Taddio, 2007). A pré-medicação associada à intubação endotraqueal minimiza o trauma da via aérea, facilitando o procedimento. Carbajal, et al., (2007) e Kumar, et al., (2010).

Face aos riscos que o tratamento com fármacos representa para o RN, as recomendações vão para que a prevenção e controlo da dor se faça sempre que possível através de medidas não farmacológicas, que incluem intervenções sensoriais através da estimulação do paladar, da sucção, do olfato e do contacto materno (DGS, 2012). Estas devem de acordo com as orientações da DGS ser eleitas como intervenções de primeira linha na prevenção e tratamento da dor relacionada com os procedimentos (DGS, 2012), enquadrando-se nas competências autónomas do enfermeiro.

2. PROBLEMÁTICA EM ESTUDO

Como referido anteriormente vários são os acontecimentos na vida da criança e família, ligados à prestação de cuidados de saúde, nomeadamente durante os procedimentos causadores de dor e ansiedade. A gestão diferenciada da dor na criança é uma competência do EEESIP (Regulamento nº 422/2018 de 12 de Junho de 2018) e implica uma avaliação e intervenção adequadas, no entanto alguns estudos sugerem que apesar do investimento na formação e conhecimento dos profissionais continua a existir um sub tratamento da dor. Um estudo realizado por Batalha (2007) em contexto hospitalar revela que das 4355 observações, 56% das crianças e jovens apresentava dor e 22% controlo inadequado. Outro estudo do mesmo autor realizado em 2011, em quatro hospitais portugueses, demonstrou um decréscimo acentuado de notas de enfermagem no sistema informático que fizessem referência ao registo da avaliação da dor e as intervenções não farmacológicas realizadas. Em 2014 foi realizado outro estudo do mesmo autor que envolveu 830 crianças com idades compreendidas entre 0-18 anos, em vários hospitais portugueses, que mostrou existir uma prevalência de dor de 20.1% (7.5% com dor moderada ou intensa). Demonstrou ainda haver uma avaliação incorreta da dor de 40.7% e que apenas 45% dos enfermeiros concordam que realizam a adequada gestão da dor (Batalha, et. al., 2014), revelando a existência de barreiras na avaliação e intervenção do enfermeiro no cuidado à criança, jovem e família. Um estudo efetuado por Santos, et, al., (2011) numa UCIN demonstra que apesar dos enfermeiros terem conhecimento que os RNPT sentem dor, e conhecerem as escalas de avaliação adequadas à idade gestacional, 70.8% não as utilizam na avaliação da dor. Esta é realizada de acordo com critérios individuais dos profissionais.

O RNPT encontra-se numa fase crucial do seu desenvolvimento cerebral no momento do seu nascimento, impossibilitando a sua maturação no útero materno. É imaturo e particularmente vulnerável aos estímulos ambientes da UCIN, muitas vezes com necessidade de internamentos prolongados onde estão sujeitos a procedimentos dolorosos e causadores de *stress*, e à separação parental, que é um fator potencialmente comprometedor do seu desenvolvimento (Fernandes 2009). Deste modo, a gestão diferenciada da dor no RNPT abarca intervenções neuroprotetoras complexas que contribuem para o desenvolvimento do RNPT e da sua autorregulação, pressupondo cuidados individualizados que antecipem as necessidades do RNPT; protocolos hospitalares com instrumentos de avaliação de

dor; utilização de meios não farmacológicos em todos os procedimentos; utilização do instrumento de avaliação da dor para gestão dos meios farmacológicos; envolvimento dos pais no cuidado direto ao RNPT, mesmo nos procedimentos dolorosos; e ensino aos pais sobre as manifestações de dor dos seus filhos e como proceder no sentido de os auxiliar na resposta à mesma (Altimier & Phillips, 2013).

Em artigos publicados por Batalha (2007) e Fernandes (2007) encontra-se documentado que ainda é frequente a inadequada avaliação e gestão da dor em pediatria, nomeadamente na UCIN, que pode em certas circunstâncias colocar em causa os princípios dos CNT nomeadamente na minimização do desconforto físico e psicológico da criança e família. No RNPT a dor é potenciada pelos estímulos ambientais, pelos procedimentos repetitivos e pela separação parental abrupta. A imaturidade cerebral no RNPT responsabiliza os profissionais de saúde a compreenderem as especificidades do mesmo, garantido cuidados promotores do seu desenvolvimento e autorregulação delineando intervenções passíveis de controlar os fatores potencialmente nocivos (Fernandes, 2007, Coughlin, 2014).

Os profissionais de saúde, em particular o EEESIP, têm pois a responsabilidade de atuar ao nível da prevenção e gestão da dor, através de: formação oportuna em contexto de trabalho; diagnóstico de necessidades formativas; gestão de programas de melhoria contínua dos cuidados e dispositivos formativos; favorecimento da aprendizagem, da destreza nas intervenções e o desenvolvimento de habilidades e competências dos enfermeiros e avaliando o impacto da formação (Regulamento 140/2019 de 6 de Fevereiro de 2019).

3. DOS OBJETIVOS ÀS ATIVIDADES REALIZADAS: UM PERCURSO FORMATIVO NO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS PARA ENFERMEIRO ESPECIALISTA

O presente capítulo pretende descrever e analisar criticamente as atividades e aprendizagens realizadas no estágio, e que decorreram do projeto de estágio elaborado no semestre anterior.

Neste sentido, pretende-se demonstrar as competências desenvolvidas, durante o percurso formativo através da observação, da prestação de cuidados, do aprofundamento teórico e da reflexão sobre a prática. O capítulo será organizado por questões práticas a partir dos objetivos gerais e específicos delineados, onde serão descritas e analisadas as atividades de permitiram a sua consecução.

Os contextos selecionados foram os seguintes: Centro de Paralisia Cerebral, Urgência Pediátrica, Internamento de Pediatria, Unidade de Saúde Familiar (USF) e Unidade de Cuidados Especiais ao Recém-Nascido (UCERN). O Centro de Paralisia Cerebral é uma referência nacional numa perspetiva integrada e comunitária de inserção social da pessoa com deficiência. Dispõe de um vasto leque de intervenções nomeadamente fisioterapia, terapia da fala, terapia ocupacional e enfermagem. Considerei que seria uma experiência que me poderia proporcionar cuidar da criança/jovem e família com deficiência/incapacidade, mobilizando recursos que vão ao encontro das suas necessidades e incapacidades. O estágio em contexto de urgência e internamento foram ambos realizados no mesmo hospital e que se encontra creditado pela Direção-Geral de Saúde de acordo com o Programa Nacional de Acreditação em Saúde. A opção por estes contextos prendeu-se com a problemática central ao projeto de aprendizagem, por se encontrarem a desenvolver em parceria, um projeto no âmbito da dor, que me poderia trazer subsídios para o desenvolvimento de competências na gestão diferenciada da dor e do bem/estar da criança/jovem. A seleção da Unidade de Saúde Familiar está relacionada com o desígnio de adquirir competências na área do crescimento e desenvolvimento infantil, nomeadamente na avaliação do desenvolvimento, na transmissão de orientações antecipatórias e promoção da parentalidade. Por último o meu local de trabalho (UCERN) que me iria permitir desenvolver competências no domínio da melhoria contínua da qualidade, através da identificação das necessidades, seleção e

implementação de estratégias que visem a melhoria dos cuidados ao recém-nascido pré-termo.

O **cronograma de estágio** e o **Guia orientador das atividades** podem ser consultados no Apêndice I. A escolha dos locais pretendeu refletir o autodiagnóstico das necessidades, o projeto anteriormente realizado, visando o desenvolvimento de competências de EEESIP através da maximização de experiências.

Para facilitar a aprendizagem e organização das atividades a desenvolver em cada local, foi elaborado um “Guia Orientador de Atividades de Estágio”. O documento sintetiza os objetivos propostos e as atividades a desenvolver. No início de cada estágio, partilhei o seu sentido com o enfermeiro chefe e com o enfermeiro orientador, e depois de realizar uma apresentação do problema e do objeto de estudo, debatemos as atividades propostas, sendo por vezes necessário redefini-las ou optar por outras, consoante as necessidades e/ou as limitações dos contextos. Também no início de cada estágio consultei documentação do serviço, como normas, manuais e/ou outros documentos relevantes para a sua caracterização, e procurei junto dos elementos da equipa identificar as necessidades e a recetividade da problemática em estudo. Em apêndice, encontram-se organizadas várias atividades desenvolvidas durante os diferentes contextos de estágio curricular, tendo em vista a aquisição de competências gerais e específicas de enfermeira especialista em saúde infantil e pediatria e a concretização do projeto de estágio. A execução do projeto de estágio *per si* poderá ser entendido como uma estratégia de reflexão, que permitiu por si só desenvolver competências e identificar oportunidades de aprendizagem, autodesenvolvimento e autorreflexão (Peixoto & Peixoto, 2016).

O desenvolvimento das atividades, por conseguinte, objetiva a importância de integrar cuidados de enfermagem de forma holística e multidimensional, numa conceção de enfermagem pediátrica que advoga os cuidados não traumáticos e os cuidados centrados na família, no âmbito da adequada gestão da dor relacionada com os procedimentos, perspetivando uma melhoria contínua dos mesmos.

3.1. Desenvolver competências na prestação de cuidados à criança, jovem e família em resposta às necessidades do ciclo de vida, do desenvolvimento e dos processos de saúde-doença

Durante o percurso de estágio tive oportunidade de realizar aprendizagens em três áreas importantes do desenvolvimento da criança, a saber: a criança com alterações do desenvolvimento, a criança saudável e a criança doente e hospitalizada. Foram também realizadas aprendizagens no âmbito da comunicação com a criança/família, nomeadamente as estratégias mais eficazes na interação com este binómio. Passarei de seguida a apresentar as atividades desenvolvidas em cada um dos contextos de modo a tornar evidente a forma como adequuei a minha capacidade de avaliar, planear e implementar intervenções no âmbito do desenvolvimento infantil

3.1.1. Na promoção do desenvolvimento da criança, jovem e família

O estágio realizado no **Centro de Paralisia Cerebral** permitiu-me aprofundar conhecimentos e realizar atividades planeadas e que constam do guia orientador, promotoras do desenvolvimento destas crianças. No Centro de Paralisia Cerebral as crianças e as famílias enquanto esperam no átrio da instituição para serem encaminhadas para as terapias, têm à sua disposição uma vasta quantidade de brinquedos adaptados às várias faixas etárias e estádios de desenvolvimento. É nesse átrio que as terapeutas e a enfermeira especialista se dirigem à criança e à família, recorrendo ao brincar como meio privilegiado de comunicação, permitindo estabelecer uma relação de confiança. Através da observação participante foi possível perceber que naquele momento o enfermeiro assume um papel essencial de capacitação da criança para a adoção de estratégias de *coping* e de adaptação (Regulamento nº 422/2018 de 12 de Julho de 2018) à equipa, através de cuidados humanizados e holísticos, baseados numa filosofia de CCF e CNT. Permitiu-me ainda, avaliar o comportamento da criança naquele ambiente, avaliar a dinâmica familiar, correspondendo às necessidades especiais da criança (Regulamento nº 422/2018 de 12 de Julho de 2018) facilitando a transição para as terapias, através do brincar. A brincadeira no contexto hospitalar/reabilitação tem uma função recreativa, mas, também, terapêutica. No ato de brincar, a criança passa de um agente passivo em relação à doença para ser um agente ativo, em que controla imaginariamente o novo ambiente e as situações dolorosas que enfrenta (Tavares, 2008; Lemos, et al., 2016).

Estas atividades têm como objetivo proporcionar ambientes emocionalmente seguros às crianças, procurando diminuir os fatores de *stress* e promover a adaptação da comunicação ao estágio de desenvolvimento da criança (Regulamento nº 422/2018 de 12 de Julho de 2018). Ao tomar consciência do significado que estas ações podem assumir na vida daquelas crianças e das suas famílias, fez com que me apropriasse delas e influenciasse a minha forma de intervir.

O processo de parentalidade, por si só já complexo, nas situações de doença crónica/incapacidade evidencia a intervenção do enfermeiro como fundamental para capacitar os pais a desenvolverem competências e cuidarem da criança de forma mais autónoma possível (OE, 2014). Foi privilegiado o envolvimento e participação da família durante as terapias, integrando os pais na equipa multidisciplinar. Os pais foram aliados constantes para facilitarem o conhecimento das características da criança pela equipa, por exemplo como esta gosta mais de ser acompanhada para a sala, de que elementos de reabilitação gosta mais ou que atividades gosta mais de fazer para descontrair. O envolvimento do pai ou da mãe durante as terapias, e algumas medidas de conforto transmitidas por eles, para além da proximidade que foi sendo estabelecida com a criança através do conhecimento das suas características, permitiu mais tranquilidade e conforto da criança durante as terapias mesmo na ausência dos pais. Através das atividades desenvolvidas pela equipa multidisciplinar no Centro, são fornecidas diversas estratégias promotoras do desenvolvimento da criança de forma que haja continuidade dos cuidados no domicílio, como posicionamentos de conforto, estratégias de comunicação, alimentação, atividades de vida diária, e atividades escolares. Importa referir que após identificarem e se apropriarem das verdadeiras necessidades dos seus filhos, os pais de crianças com deficiência ou doença crónica, com frequência se tornam peritos na prestação dos cuidados (McElfresh & Merck, 2014).

A Unidade de Habilitação e Desenvolvimento é um dos programas desenvolvidos no Centro e tem como objetivos a prevenção, deteção, avaliação e intervenção nos problemas do desenvolvimento da criança. Nela insere-se o Núcleo de Intervenção Precoce Integrada. Os destinatários são as crianças com paralisia cerebral ou com alterações neurológicas com diferentes etiologias, com potencialidades de desenvolvimento em idade de intervenção precoce dos 18 meses aos 6 anos. O objetivo das sessões do Núcleo de Intervenção Precoce Integrada é promover competências afetivas, comunicativas, sensoriais, motoras, percetivas,

cognitivas e sociais, e ainda promover maior autonomia e inclusão eficaz e de qualidade, através das relações de afetividade e segurança estabelecidas entre as crianças a família e a equipa. Esta atividade permitiu-me observar o incentivo da equipa para a participação dos pais na atividade, promovendo a capacitação, transmitindo-lhe orientações relevantes que vão ao encontro das necessidades da família, através de uma comunicação eficaz. Estas orientações dirigidas às famílias promovem a maximização do potencial de desenvolvimento da criança e colaboram na gestão do processo de resposta à criança com necessidades de intervenção precoce (Regulamento nº 422/2018 de 12 de Julho de 2018). Foi-me concedida a possibilidade de participar (apenas através da observação, dado não ter relação de proximidade com as crianças e com as famílias e o curto período de tempo de estágio) nas intervenções de suporte encetadas pela equipa, nomeadamente observar a forma dinâmica como esta incentiva a presença dos pais durante as terapias; oferece suporte aos pais na aprendizagem das necessidades especiais de cuidados da criança para que possam sentir-se competentes (capacitar); realça as características saudáveis da criança; proporciona experiências agradáveis à criança através de todos os sentidos (toque, audição, visão e movimento, através da pintura digital e brincadeiras com água); desenvolve atividades de motricidade global através da modificação dos brinquedos e equipamentos (cadeiras, mesas, etc). Mais uma vez os pais foram envolvidos nos cuidados à criança, tendo a família oportunidade para esclarecer as suas dúvidas com a equipa multidisciplinar, nomeadamente sobre as atividades que podem desenvolver e da partilha dos resultados dessas atividades no desenvolvimento da criança. A participação das famílias durante as sessões também permite a partilha sobre a noção das conquistas ou retrocessos no processo de desenvolvimento da criança. Neste sentido foi muito enriquecedor refletir sobre a promoção do desenvolvimento da criança com paralisia cerebral numa parceria efetiva entre a equipa multidisciplinar e a família, apropriando-me da capacidade da equipa para proporcionar conhecimento e aprendizagem de habilidades especializadas e individuais à criança e famílias facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de saúde/doença (Regulamento nº 422/2018 de 12 de Julho de 2018).

Neste contexto, foi-me também possível acompanhar uma das equipas que presta apoio a uma escola de 1º Ciclo na região de Lisboa, e observar o modo como os profissionais reunidos, nomeadamente a enfermeira EEESIP, mobilizam recursos

de forma a integrar e proporcionar o máximo bem-estar à criança com paralisia cerebral e à sua família naquele contexto, como preconizado no regulamento de competências específicas do EEESIP (Regulamento nº 422/2018 de 12 de Julho de 2018). A equipa multidisciplinar do centro em parceria com a família adquiriram um equipamento adequado às necessidades da criança para que fosse possível permanecer integrada na sala de aula e seguisse o plano de estudos para o ano em que estava matriculada. Foi ainda estabelecida uma parceria entre a professora do ensino especial e o centro, no sentido de articular a informação relevante referente ao processo de aprendizagem e desenvolvimento. Foi ainda agilizado o transporte adequado entre a casa e a escola. De acordo com McElfresh & Merck (2014), as estratégias que visam satisfazer as necessidades de desenvolvimento de uma criança com deficiência ou doença crónica, tanto em casa como no contexto escolar, incluem práticas de normalização, realçando capacidades, atenuando limitações e estruturando o ambiente para promover o desenvolvimento adequado à idade. Durante o estágio tive também a oportunidade de acompanhar uma reunião da equipa multidisciplinar. Esta reunião realiza-se uma vez por semana, com o intuito de discutir os casos de crianças que são seguidas no Centro, delineando estratégias de intervenção. Considero esta reunião fundamental, por permitir a constante monitorização dos casos clínicos, para que haja um conhecimento do padrão de desenvolvimento da criança, a discussão e a articulação de todos os profissionais e recursos, com o principal objetivo de satisfazer as necessidades das crianças e famílias, procurando oportunidades para trabalhar com a família e a criança no sentido da adoção de comportamentos potenciadores de saúde (Regulamento nº 422/2018 de 12 de Julho de 2018).

O segundo contexto de estágio foi um desafio muito interessante não só por estar longe da minha zona de conforto que é o contexto hospitalar, mas porque foi fundamental para aprofundar e desenvolver atividades para a promoção do desenvolvimento infantil na criança saudável. Foi realizado numa USF que tem por missão “a prestação de cuidados de saúde personalizados à população inscrita da área geográfica, definida no art.º 2º, garantindo a acessibilidade, a globalidade, a qualidade e a continuidade dos mesmos” (DL 298/2007, art.º 4º). O enfermeiro é definido como “Enfermeiro de Família”, sendo definido pelo Decreto-lei n.º 118/2014 como “o profissional de enfermagem que, integrado na equipa multiprofissional de

saúde, assume a responsabilidade pela prestação de cuidados de enfermagem globais a famílias, em todas as fases da vida e em todos os contextos da comunidade”.

Durante o decorrer do estágio tive a oportunidade de participar em consultas de vigilância de saúde infantil, área privilegiada dos cuidados de saúde primários, inseridas no âmbito do Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ). O PNSIJ insere-se nas estratégias para a melhoria de saúde na infância e na juventude, criado em 1992 e atualizado em 2013, e contribuiu de forma decisiva para a melhoria de indicadores na área da saúde infantil, em conjunto com as melhores condições socioeconómicas em geral. A aplicação do programa pretende que o mesmo seja um instrumento de apoio à saúde integral infantil e juvenil, promovendo a igualdade de oportunidades de desenvolvimento para todas as crianças e jovens, independentemente dos contextos socioeconómicos das famílias e comunidades (DGS, 2013). Para cada consulta encontram-se preconizadas as atividades de avaliação e orientação antecipatória, incluindo a caracterização das dimensões relacionais, funcionamento familiar e social e a deteção precoce de situações rastreáveis, incluindo perturbações emocionais e do comportamento (DGS, 2013). Ao colaborar nas consultas de vigilância de saúde infantil, orientadas pela EEESIP, elaborei um estudo de caso (Apêndice II) através de um método de pesquisa estruturado, que contribuiu para o aprofundamento do meu conhecimento sobre o desenvolvimento infantil. Tem como suporte o quadro de referência de Betty Neuman, que me permitiu refletir sobre as intervenções e estratégias a adotar pelos enfermeiros na promoção do desenvolvimento infantil, identificando as necessidades da criança e família atendendo aos *stressores* presentes, fornecendo-me subsídios que me possibilitaram uma maior autonomia na transmissão de cuidados antecipatórios dirigidos aos pais. A avaliação do desenvolvimento infantil do bebé de 6 meses foi realizada com referência ao uso de escalas de avaliação de desenvolvimento - escala de *Mary Sheridan* modificada que é um instrumento validado para a avaliação do desenvolvimento infantil e juvenil de aplicação rápida, precisa e fiável (OE, 2010; DGS, 2013). Deste modo, a colaboração nas consultas de vigilância de saúde infantil permitiram consolidar conhecimentos na área do desenvolvimento infantil nas suas diferentes etapas, sobretudo através da aplicação da escala de avaliação de *Mary Sheridan* modificada. A utilização da escala possibilitou-me integrar e sistematizar intervenções de enfermagem promotoras do desenvolvimento infantil nomeadamente no meu contexto de trabalho. Possibilitou ainda a transmissão de orientações

antecipatórias designadamente sobre a alimentação, sono, higiene entre outras orientações valorizadas pelo PNSIJ, às famílias para a maximização do potencial infante/juvenil (Regulamento nº 422/2018 de 12 de Julho de 2018). Curiosamente, a avaliação do desenvolvimento infantil nesta USF nem sempre é realizado pelas enfermeiras com recurso à Escala de *Mary Sheridan*, mas pela equipa médica. De acordo com o PNSIJ (2013), frequentemente em contexto de cuidados de saúde primários, os profissionais recorrem fundamentalmente à avaliação clínica informal. Esta avaliação realizada de forma isolada consegue detetar menos de 30% das crianças com alterações de desenvolvimento, e o recurso a instrumentos validados têm capacidade para identificar 70-90% dos casos.

Na minha aprendizagem neste contexto identifiquei a necessidade de aprendizagens relacionadas com lacunas no conhecimento pelo que privilegiei o aprofundamento teórico através da identificação e estudo dos documentos de orientação para a prática clínica, nomeadamente: Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil, Guia Orientador de Boas práticas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem e do Programa Nacional de Vacinação.

Após terminar o estágio na USF iniciei o meu percurso em âmbito hospitalar. Relativamente à hospitalização, podemos considerá-la uma experiência desagradável para adultos, mas principalmente para as crianças, que, de repente, estão privadas da sua casa, dos seus amigos, dos seus brinquedos e das pessoas que são importantes para elas, e para a sua estabilidade emocional. Durante o estágio curricular no internamento tive oportunidade de observar a EEESIP orientadora na admissão/acolhimento das crianças e jovens no serviço e durante o internamento. As atividades desenvolvidas em colaboração com a EEESIP deram-me a possibilidade de compreender a importância de uma postura afetiva, com promoção da segurança e apoio às crianças e jovens. Permitiu-me reconhecer a importância de ser facilitador da comunicação expressiva das emoções (Regulamento nº 422/2018 de 12 de Julho de 2018) ajudando-os a ultrapassar a ansiedade e o medo, recorrendo ao brincar como principal estratégia para uma hospitalização menos traumática. Também o Guia Orientador de Boas Práticas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (2010) refere que “um dos aspetos basilares em contexto hospitalar é o brincar” (p. 96) para a promoção do desenvolvimento infantil.

O contexto hospitalar como instituição é disciplinar, impõe regras e exige obediência às normas. Estas características podem induzir as crianças e, também os adultos, a acreditarem que nesse ambiente não há espaço para brincar, e consequentemente para se desenvolverem. A brincadeira no contexto hospitalar tem uma função recreativa, mas também terapêutica. Sendo o brincar uma necessidade e um direito das crianças, como está reconhecido e referenciado no 7º princípio da Declaração Universal dos Direitos da Criança, este assume um papel fundamental na adaptação e integração da criança no ambiente hospitalar. Na perspectiva de Sanders (2014, p. 1041) “brincar é essencial para o bem-estar mental, emocional e social das crianças. Tal como acontece com as suas necessidades de desenvolvimento, a necessidade de brincar não para quando as crianças estão doentes ou quando entram no hospital”.

Na admissão hospitalar, nomeadamente em contexto de urgência, é por vezes atribuída especial atenção à melhoria dos sintomas clínicos da doença e subestimada a componente psicológica. Como resultado, o brincar é muitas vezes ignorado ou subestimado (Koukourikos, 2015). Durante o estágio existiu uma preocupação em construir uma atmosfera acolhedora, facilitando a hospitalização e promovendo a “aprovação” da criança à circunstância. No serviço de urgência pediátrica pude estar presente em todas as valências, desde a triagem, sala de tratamento e serviço de observação (SO). Cuidei de várias crianças com necessidade de procedimentos invasivos, nomeadamente aspiração de secreções, colheitas de sangue periférico, esvaziamento vesical e punção venosa para colocação de cateter venoso periférico. Estas crianças encontravam-se em diferentes estádios de desenvolvimento, como tal, adequiei a minha prática em função das suas necessidades. Assim, como modo de preparação, antes de realizar a punção na criança de 4 anos, sugeri que a mesma ficasse ao colo da mãe enquanto eu falava para o seu boneco e lhe explicava o que iria acontecer. A hospitalização pode, com base numa atmosfera carinhosa, proporcionar à criança o desenvolvimento da sua autoestima e maturidade, por forma a dominar a sua ansiedade e os seus receios face ao hospital (Lenormand, 2018). A reação da criança e da mãe ao modo como o procedimento foi realizado facilitou a integração desta atividade na minha prática sistemática em situações similares. Perante o mesmo procedimento, no caso do adolescente perguntei-lhe de forma calma se preferia ficar sozinho ou acompanhado (assegurar o direito à privacidade), e dei-lhe a possibilidade de verbalizar estratégias com o intuito de diminuir o seu

desconforto naquele momento. O adolescente referiu: “fico confortável deitado e a ver vídeos no youtube” (SIC). As estratégias relacionadas com a gestão da dor durante os procedimentos dolorosos vão ser abordadas mais à frente neste relatório aquando da descrição das atividades realizadas no âmbito da gestão diferenciada da dor.

O estágio realizado na UCIN onde exerço funções permitiu-me dar continuidade às atividades planeadas, concebidas na perspetiva do equilíbrio do sistema, que vai ao encontro da conceção de enfermagem desenvolvida por Betty Neuman. Neste sentido, desenvolvi atividades para promover a parentalidade, a vinculação, o desenvolvimento infantil do RNPT, objetivando diminuir o impacto de dois stressores intrapessoais que são a prematuridade e as patologias que podem estar associadas. O RNPT apresenta especificidades que dificultam a interação com o mundo, nomeadamente a imaturidade dos sistemas e a forte vulnerabilidade face a tudo o que o rodeia. Durante a hospitalização está sujeito a uma estimulação excessiva através dos sons dos monitores e ventiladores, das luzes e das manipulações excessivas, comprometendo a sua disponibilidade para comunicar com o meio (Brazelton, 2013). Com o nascimento de um bebé prematuro, os pais podem apresentar 3 tipos de reações diferentes como a não-aceitação, em que desvalorizam a situação; projeção, em que atribuem a culpa ao outro; e alheamento, em que evitam o contacto com o filho (Brazelton & Cramer, 2004). Cabe aos profissionais, nomeadamente ao EEESIP, compreender que não correspondendo o bebé que nasceu ao que os pais haviam idealizado, esta é contudo, uma tentativa honesta de se relacionarem com ele (Brazelton, 2013).

De acordo com Gomes-Pedro (2005) é fundamental apoiar a construção de um sentido de coerência em cada família, a partir de uma vinculação forte, que o EEESIP deve ajudar a alicerçar desde a fase em que os pais se confrontam com o bebé prematuro. No sentido de promover o desenvolvimento do RNPT em parceria com a sua família diariamente na unidade, apropriei-me das medidas neuroprotetoras definidas por Altimier & Phillips (2013): ambiente; parceria de cuidados com as famílias; salvaguarda do sono; otimizar a nutrição; minimizar o *stress* e a dor; proteção da pele; e o posicionamento e manipulação do RNPT. Assim, desenvolvi intervenções para promover a interação precoce entre os pais e os filhos: disponibilizei o “Guia de acolhimento” do serviço; dirigi-me aos pais dos bebés, explicando-lhes os cuidados prestados naquele turno e no turno anterior até ao momento em que se ausentaram da unidade; motivei os pais para a prestação de cuidados ao RNPT, mas

reconhecendo e aceitando os seus limites; promovi a amamentação de forma precoce através do contacto direto entre bebé e a mãe ou na impossibilidade de acontecer, através da estimulação de leite com “bomba”; expliquei aos pais a importância do toque terapêutico no RNPT; incentivei o método de contacto pele com pele (método canguru) com o pai ou a mãe, colo, contenção, de acordo com a situação clínica do RNPT e na promoção de parceria dos cuidados de higiene e conforto ao RNPT, dentro ou fora da incubadora. Estas intervenções permitiram-me testemunhar RNPT mais calmos e organizados, com frequências cardíacas e saturações de oxigénio mais adequadas, com menores períodos de choro, avaliações de dor com scores mais baixos e pais mais confiantes, estando em consonância com o que se encontra descrito na literatura. As aprendizagens alcançadas através deste contexto, reforçaram a importância da promoção do desenvolvimento do RNPT

Estes estágios permitiram-me usufruir de experiências únicas, complexas, desafiantes e enriquecedoras no âmbito do desenvolvimento infantil, através das atividades realizadas nos diferentes contextos. Possibilitaram-me refletir e apropriar-me de aprendizagens relacionadas com o desenvolvimento da criança com necessidades especiais, da criança saudável e da criança hospitalizada, enriquecendo o modo como avalio, planeio e implemento intervenções neste âmbito. Permitiu ainda que aprofundasse o meu conhecimento sobre a importância dos CCF e dos CNT em cada um dos contextos e as suas implicações no desenvolvimento da criança. Cada um, de forma particular contribuiu para o meu crescimento pessoal e profissional enquanto futura EEESIP.

3.1.2. Na adequação da comunicação ao estágio de desenvolvimento da criança, jovem e família

A comunicação constitui-se como uma ferramenta base nos cuidados de enfermagem para promover a relação de ajuda, através da criação e recriação de informação, de troca, de partilha de sentimentos e emoções (Phaneuf, 2005). Considerada como uma das competências essenciais e pilares na relação com a criança e a sua família, é uma via favorável para a partilha de conhecimentos, e fundamental para a compreensão do nível de participação dos pais ou cuidadores informais, e da sua respetiva integração nos cuidados (Regulamento n.º 351/2015 de 22 de Junho).

A comunicação pode ser influenciada, quer positiva ou negativamente, por diversos fatores e que podem tornar-se limitações para a troca de mensagens entre o enfermeiro e a criança/família, e consequentemente ter impacto no processo de cuidados em qualquer dos contextos de estágio. Estas limitações de comunicação podem emergir de diferentes dimensões seja fisiológica, psicológica, sociocultural, espiritual e de desenvolvimento, interferindo no bem-estar e equilíbrio do sistema em que se insere a criança (Neuman & Fawcet, 2011). Podemos ainda, identificar concretamente os *stressores* que frequentemente podem levar ao desequilíbrio e quebra das linhas de defesa e dificultar o processo de comunicação. De acordo com o modelo concetual de Betty Neuman, como fatores intrapessoais reporto-me à dor, ansiedade, confusão, medo da lesão corporal, perda de controlo, medo da morte, medo de agulha; como fatores interpessoais definem-se o défice de conhecimento parental, a relação com o enfermeiro e os pares; e como fatores extrapessoais designam-se a hospitalização como ambiente desconhecido, o ambiente do centro de saúde, a cultura, o afastamento da escola. Para estabelecer uma relação terapêutica de qualidade, procurei identificar as melhores estratégias, permitindo uma abordagem multidimensional no ato de cuidar, objetivando o equilíbrio do sistema, mantendo estável a linha flexível de defesa da criança e verificando os resultados das suas intervenções.

A grande maioria das crianças que frequentam o Núcleo de Intervenção Precoce Integrada do Centro de Reabilitação apresentam limitações de comunicação, pela sua componente fisiológica não se expressando oralmente de forma clara e perceptível. Neste contexto foi importante intervir em parceria com a EEESIP adequando as estratégias de comunicação com recurso a música, ao toque, uso de materiais com diferentes texturas, entre outras atividades que permitem a comunicação terapêutica entre a equipa e a criança/família. Observei a relação de proximidade e confiança entre as crianças e as famílias, já que as terapias têm uma frequência de duas vezes por semana e decorriam há vários meses. Através da expressão corporal percebi que existe um enorme potencial de comunicação pois através do choro e da irritabilidade da criança, percebemos que existe um desequilíbrio do sistema, sobre o qual é importante a nossa intervenção, de forma a restituir a homeostasia.

As estratégias de comunicação desenvolvidas no Centro de Paralisia Cerebral para crianças com alterações na comunicação, são igualmente importantes para

outros contextos como internamento, urgência e cuidados de saúde primários, sendo elas as técnicas aumentativas e alternativas de comunicação. Estas técnicas de comunicação promovem a autonomia na realização de atividades de vida diária, atividades académicas, relação familiar e com amigos, lazer, entre outros. O Centro estabelece também uma parceria com a comunidade escolar em que a criança está inserida, de modo a que estes alunos aumentem as suas capacidades de aprendizagem e os professores utilizem metodologias de ensino mais eficazes. Neste contexto assisti a uma sessão e realizei um jornal de aprendizagem (Apêndice II) que me permitiu refletir sobre as potencialidades dos meios aumentativos e alternativos de comunicação, como veículo promotor na aquisição de competências imediatas e a longo prazo em diferentes contextos da vida da criança.

No contexto de Urgência Pediátrica, mais especificamente durante o processo de triagem deparei-me com algumas das situações mais desafiantes do ponto de vista da comunicação com diferentes culturas. A área geográfica abrangida pelo hospital distrital onde realizei o estágio de urgência e internamento acolhe uma grande diversidade cultural, nomeadamente crianças e famílias de etnia cigana. Independentemente do contexto, o enfermeiro é responsável em conhecer as necessidades da população e da comunidade onde está inserido e deve cuidar da pessoa sem qualquer discriminação económica, social, política, étnica, ideológica ou religiosa (artigos 80º e 81º do Código Deontológico do Enfermeiro, 2009).

Durante o estágio no SUP, houve uma situação em particular sobre a qual refleti com a EEESIP orientadora e as restantes enfermeiras presentes no turno. A enfermeira orientadora encontrava-se no posto de triagem e chama o nome da criança pelo intercomunicador. Entram para o espaço físico onde se realiza a triagem (muito reduzido e que fica separado do corredor através de placas que apresentam abertura no chão e no teto e sem porta), cinco pessoas adultas de etnia cigana que acompanhavam a criança de dois anos. Naquele momento tive dificuldade em solicitar para ficar apenas uma pessoa a acompanhar a criança, pois percebo que algumas famílias que recorrem à urgência pertencem a sociedades tradicionais ou de meios rurais, onde predomina a solidariedade familiar e comunitária, onde a saúde é um problema coletivo e o sofrimento é tido em conta por toda a sociedade, pelo que tentam perpetuar essas redes comunitárias, nomeadamente, na urgência e durante as visitas ao internamento (Costa, & Pereira, 2016). A mesma autora refere que o objetivo com que o fazem pretende proporcionar ao doente conforto e solidariedade,

no entanto pode gerar tensões e conflitos entre os migrantes, as minorias, os profissionais de saúde e a instituição de saúde (Costa, & Pereira, 2016). Perante esta situação a EEESIP identificou-se, mantendo um tom de voz calmo e tranquilo, explicou de forma clara e assertiva que apenas poderia ficar um acompanhante com a criança, mas que de forma rotativa poderiam permanecer os vários elementos junto da mesma. Os familiares ficaram tranquilos por perceber que teriam oportunidade de entrar e prestar o seu apoio. Partilhar esta situação com a enfermeira orientadora e a reflexão sobre a situação permitiu-me compreender a importância de comunicar com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura. Este processo de comunicação terapêutica exige treino, capacidade de interpretação e negociação, avaliação e resolução de conflitos, num curto espaço de tempo, daí a minha dificuldade inicial em conseguir intervir de forma adequada neste contexto.

Durante o internamento na pediatria médica também surgiram vários casos em que as famílias tentavam ultrapassar o número de visitas permitidas, mas já foi mais fácil encontrar estratégias para uma comunicação eficaz.

No decorrer deste estágio e na USF foi possível ter contacto com um vasto leque de idades, desde latentes aos adolescentes. Com os latentes as formas de comunicação privilegiadas foram o tom de voz calmo e baixo, o toque, o colo, a música, os brinquedos e a presença dos pais. Com as crianças em idade “*toddler*” e pré-escolar importa dirigir a comunicação à criança ou ao boneco de referência, utilizando uma linguagem simples, carinhosa e meiga. Durante o internamento, os procedimentos realizados, desde a admissão até à necessidade de procedimentos mais invasivos, foi dada a possibilidade para explorar o meio: colocar a pulseira de identificação, ajudar a despir e a vestir o pijama, e permitir que a criança toque em alguns dos objetos sem colocar em risco a sua segurança. Durante o internamento, uma das técnicas criativas (Hockenberry, 2014) com uma criança de 3 anos e que resultou eficazmente foi contar uma história relacionada com a hospitalização: “A Anita no Hospital” enquanto tentávamos que adormecesse no colo da mãe.

A criança em idade escolar já possui um domínio da linguagem, confia menos no que vê e mais no que sabe, inicia um pensamento mais abstrato, procurando explicações e motivos para tudo, interessa-se pelo manuseamento dos materiais para os procedimentos, por objetos, pela atividade e preocupa-se com a integridade física. Desta forma, resultou eficazmente o recurso a pequenas encenações com truques de magia simples para promover empatia entre mim e a criança, nomeadamente durante

os procedimentos dolorosos. A criança era incentivada a colaborar comigo e com a EEESIP e através do processo de distração da equipa, observávamos crianças com menos medo, mais colaborantes, mais confiantes na equipa e com menos comportamentos de fuga (Hockenberry, 2014). Para além desta estratégia atrás referida, recorri ao desenho como meio de comunicação eficaz para partilha da dor. Esta ideia surgiu através da bibliografia consultada, nomeadamente de uma publicação da Associação Portuguesa para o Estudo da Dor – Desenhos da minha dor (Oliveira, et al., 2018), onde é possível visualizar vários desenhos que procuram descrever a dor da criança. Em algumas situações o desenho foi realizado como forma de estabelecer empatia e promover a segurança da criança à chegada ao internamento, outros desenhos foram realizados após os procedimentos dolorosos, com recurso à adequada gestão da dor, de forma a tornar perceptível o significado da dor da criança naquele momento. As crianças solicitaram que os desenhos ficassem expostos na sala de refeições de forma a poderem partilhá-los, o que acabou por acontecer. Ainda no contexto de internamento, consegui testemunhar que o adolescente é habitualmente colaborante e comunicativo, mas pode apresentar alguma hostilidade, raiva, revolta e isolamento, durante a hospitalização (Hockenberry, 2014). Por se encontrar menos confiante, revela dificuldade em discutir as suas preocupações com o pai ou com a mãe mas partilha-as com o enfermeiro. Foi um interessante desafio comunicar com os adolescentes, e perceber que esperavam que os pais se ausentassem do serviço para conversarem comigo ou com a EEESIP. Nesses momentos procurava ser delicada, transmitir calma e sem juízos de valor, tentando responder às suas dúvidas, envolvendo o adolescente na tomada de decisão e no planeamento das intervenções (Brown, 2014). Esta forma de intervenção vai ao encontro do que está preconizado pela Ordem dos Enfermeiros (OE) (Regulamento nº422/2018 de 12 de Julho) demonstrando conhecimento sobre técnicas de comunicação no relacionamento com a criança/jovem e família.

3.2. Desenvolver competências na gestão diferenciada da dor relacionada com procedimentos na criança e jovem

No decorrer deste caminho pelos vários contextos de estágio concretizei aprendizagens sobre os processos cognitivos e emocionais da criança, reconheci a importância da avaliação da dor por meio de escalas, a relevância das intervenções farmacológicas e não farmacológicas individualizadas e centradas no desenvolvimento da criança e do jovem, e o impacto da presença dos pais nos cuidados.

Seguidamente apresentarei as atividades desenvolvidas nos diferentes contextos de forma a evidenciar como modelaram a minha capacidade de avaliar, planejar e implementar intervenções para a gestão diferenciada relacionada com procedimentos na criança e jovem.

3.2.1. Na avaliação e controlo da dor relacionada com procedimentos na criança e jovem nos diferentes contextos

No Centro de Paralisia Cerebral, as atividades previstas no projeto para a concretização deste objetivo não foram passíveis de ser realizadas, nomeadamente a aplicação da escala de dor e as intervenções farmacológicas e não farmacológicas para o seu alívio.

A dor é um fenómeno multidimensional e complexo que está presente de forma transversal na maioria das situações patológicas que requerem cuidados de saúde e o controlo eficaz da mesma é um dever dos profissionais de saúde, nomeadamente do enfermeiro (DGS, 2003). Existem algumas situações em que a avaliação da dor em crianças pode consistir num desafio, nomeadamente no caso concreto das crianças com comprometimento cognitivo, limitações da comunicação, físicas e neurológicas e que podem estar em risco de ver a sua dor subtratada (Jacob, 2014). O mesmo autor refere que estas crianças estão, por vezes, expostas a cirurgias para correção ortopédica e tratamentos para diminuição da hipertonia e aumento da sua qualidade de vida. No Centro de Reabilitação, de acordo com a avaliação médica, é regularmente realizada a administração da toxina botulínica tipo A que objetiva a diminuição de forma temporária a espasticidade muscular, trazendo melhorias ao nível do padrão da marcha; permite que a criança adquira uma posição mais vertical; melhora a postura quando está sentada; otimiza a função dos membros superiores;

promove maior autonomia na alimentação e cuidados de higiene; e favorece o controlo da dor. Este tratamento reduz a espasticidade entre 12 a 16 semanas, mas a criança pode apresentar melhoria funcional num período aproximado de 6 meses (Amorim, 2007). Pelo curto espaço de tempo que estive na instituição (7 turnos) não foi possível estar presente em nenhum tratamento de administração da toxina, mas através da EEESIP tomei conhecimento de todo o processo. Quando a equipa médica decide que este tratamento é importante para a criança e que a mesma reúne condições para o fazer, é explicado aos pais objetivo do tratamento, os efeitos adversos, as reações possíveis ao tratamento e as intervenções para controlo da dor. A preparação das crianças tem início em casa, quando os pais administram analgesia prévia de acordo com prescrição médica. No dia do tratamento é realizada a consulta médica, e nesse momento é colocado EMLA nos locais de administração. Observei que a sala de tratamentos apresenta uma decoração com algumas figuras da *Disney*, tornando-a mais acolhedora, com diferentes materiais que podem ser utilizados como técnica de distração da dor, nomeadamente o rádio para colocar uma música adequada às preferências da criança e alguns brinquedos. Através de algumas questões que coloquei à Enfermeira Orientadora (EO) sobre a avaliação e controlo da dor durante o procedimento invasivo, foi-me explicado que as escalas de avaliação utilizadas são: Escala numérica e Escala de FACES. Este diagnóstico de situação conduziu há minha reflexão, e foi partilhada com a EEESIP, sobre a pertinência de adequar a escala de avaliação naquele contexto, tendo em conta a problemática da deficiência. Com a finalidade de apresentar a documentação que tinha recolhido sobre esta temática, refletimos em equipa com a EO e as duas enfermeiras também presentes no Centro de Reabilitação de forma a potenciar o meu conhecimento e promovendo o desenvolvimento de competências. Esta reunião permitiu-me refletir sobre a importância de substituir as escalas de avaliação utilizadas na instituição para a FLACC-R (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability – Revised), que vai ao encontro das orientações emitidas pela Direção Geral de Saúde. Esta escala quando utilizada em crianças com multideficiência dos 4 aos 18 anos revela ser válida e fiável. Deve ser registado no processo clínico o resultado da avaliação da escala e complementar esta informação com dados qualitativos pertinentes para interpretar a dor na criança (DGS, 2010).

Durante o estágio na Urgência Pediátrica foi possível observar os diferentes contextos em que o enfermeiro presta cuidados mas na foi na triagem e na sala de

tratamentos que permaneci durante mais tempo com o enfermeiro orientador. A triagem é o primeiro atendimento prestado aos utentes dos serviços de saúde, por enfermeiros maioritariamente experientes e EEESIP, tendo como finalidade realizar uma primeira avaliação de forma a priorizar as necessidades de atendimento.

Em Pediatria, prevê-se que a dor seja um dos principais focos de atenção dos profissionais de saúde, sendo que em cuidados de emergência a mais frequente é a dor aguda. A abordagem da dor no Serviço de Urgência apresenta características muito próprias. A evidência científica tem demonstrado que o medo, a ansiedade e a dor associados a procedimentos técnicos constituem um dos principais focos de atenção da enfermagem de saúde da criança e do jovem, e sua família, em contexto de urgência (Diogo, et al.,2016). Neste sentido, preocupei-me em prestar cuidados não traumáticos e centrados na família, de forma a diminuir os *stressores* anteriormente referidos. Procurei promover a capacitação parental para a utilização de estratégias não farmacológicas no controlo da dor, acessíveis e úteis, através do diálogo com os pais, e forneci informação escrita em folhetos existentes no serviço. Ao longo da prestação de cuidados à criança, jovem e família na triagem realizei a avaliação da dor de forma sistemática, com recurso à auto e heteroavaliação, a todas as crianças e jovens, existindo a preocupação de escutar a criança, privilegiando a autoavaliação a partir dos 3 anos, sempre que possível (DGS, 2010). Tive a oportunidade de aplicar várias escalas de hetero avaliação de acordo com as normas emitidas pela DGS (2010), como a Escala Comportamental FLACC, Escala Numérica e Escala de faces de Wong-Baker. Esta avaliação da dor realizada em contexto de urgência ficava registada no processo clínico das crianças e nos casos em que a criança ficava internada, o processo já apresentava esses dados.

No Serviço de Urgência, foi também possível tomar contacto com o documento existente para realização da história de dor, e que era, o mesmo no serviço de internamento onde estagiei posteriormente. Neste serviço, esse documento estava a ser colocado em prática por todos os enfermeiros sempre que a criança ou o jovem ficavam no SO, uma vez que apenas nesse contexto era criado um processo físico em papel e o referido documento não existia em formato informático. Esta situação merecia atenção por parte da chefia e encontrava-se em resolução. A DGS (2012) salienta a importância da realização da história da dor o mais precocemente possível de forma a orientar a avaliação e controlo da dor, baseada nos dados recolhidos com a criança e com a família. Relativamente à gestão da dor da criança recorri a

estratégias não farmacológicas na prevenção e controlo da dor, sobretudo à técnica de distração, reforço positivo, imaginação guiada, relaxamento muscular e humor, todas elas estão de acordo com o GOBP (2013). Utilizámos várias vezes as bolas de sabão como estratégia de distração, e os resultados da avaliação da dor após o procedimento foram maioritariamente bons. Houve também uma situação em particular sobre a qual refleti e elaborei um “Jornal de Aprendizagem” (Apêndice II) e sobre a intervenção do enfermeiro na sala de tratamentos aquando da realização de um procedimento doloroso onde foram privilegiadas as estratégias não farmacológicas para alívio da dor.

O estágio que realizei no internamento foi no mesmo hospital que o estágio anterior, e alguns dos elementos da equipa de enfermagem da urgência também realizam alguns turnos no internamento, o que facilitou bastante a minha integração no serviço. A auscultação dos enfermeiros do internamento revelou a necessidade de uma formação à equipa no âmbito da Avaliação da História da dor visando a sua uniformização no serviço. Refleti com a enfermeira orientadora e considerámos pertinente realizar uma formação em equipa (Apêndice III) sobre esta problemática – “Histórias de dor no internamento de pediatria”, dirigida a todos os enfermeiros. Para esta formação foi elaborado um plano de sessão de formação (Apêndice III). A formação teve como principal objetivo sensibilizar os enfermeiros para a importância da elaboração da história de dor no internamento de pediatria de acordo com os instrumentos existentes no serviço, contextualizando a problemática da dor em pediatria, explicitando os princípios da História de dor e refletindo com a equipa sobre a pertinência da uniformização do registo da História de dor, realizada pelo enfermeiro durante o internamento no serviço de pediatria.

As crianças e os pais frequentemente citam a dor, relacionada com procedimentos, como parte angustiante da hospitalização do seu filho. Se não for abordada, essa dor pode levar à ansiedade pré-procedimental e comportamentos de fuga face aos cuidados de saúde. Com o envolvimento dos profissionais nesta área de cuidados e a parceria com os pais, tem sido possível desconstruir mitos e desenvolver estratégias adequadas para evitar atempadamente a dor que está associada ao procedimento invasivo. Daí a importância da história de dor na avaliação inicial como ferramenta para entender as experiências prévias de dor. Permite atribuir significado às experiências de dor, compreender modelos e histórias de dor na família e ainda as suas crenças e valores (OE, 2013). A avaliação da formação foi realizada

através de um questionário (Apêndice III) e a totalidade dos participantes avaliou a sessão como “ Muito Bom”. Todos os elementos presentes, incluindo a chefe do serviço, demonstraram interesse no tema exposto, intervindo e contribuindo para a reflexão em equipa.

Durante as 3 semanas de estágio propus-me avaliar e controlar a dor no recém-nascido, na criança e no adolescente, recorrendo a escalas de auto e hétero avaliação e a medidas farmacológicas e não farmacológicas para o controlo da dor. Realizei registos de forma clara, adequadas a cada situação, reportando de forma qualitativa, os resultados das intervenções realizadas, de forma a garantir a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança e do jovem (Regulamento nº 422/2018 de 12 de Julho), registos que são auditados periodicamente pelas equipas competentes. Os cuidados prestados foram desenvolvidos tendo em conta os três níveis de prevenção (primário, secundário e terciário) de forma a tonificar as linhas de defesa (normal e flexível) e minimizar os efeitos dos *stressores* aquando da hospitalização tanto a nível intrapessoal, interpessoal ou extrapessoal com o objetivo de promover a nengentropia.

No estágio que realizei de seguida, USF, constatei rapidamente que a imunização das crianças é o procedimento invasivo mais frequente e mais doloroso realizado à criança naquele contexto. A vacinação é o procedimento doloroso mais comum na criança saudável (Taddio, et al., 2010). A maioria das vacinas são administradas logo no início de vida e como tal é determinante prevenir a dor, promovendo cuidados não traumáticos, com recurso a estratégias farmacológicas e não farmacológicas para o alívio da mesma. Os cuidados devem ser orientados para as necessidades dos recém-nascidos e das crianças de forma a maioria aumentar o seu conforto e a sua estabilidade, reduzindo o *stress* e as possíveis consequências das nossas intervenções (DGS, 2013). Durante o estágio, várias foram as crianças com 2 e 4 meses que foram vacinadas na USF e também várias foram os diagnósticos precoces realizados, durante os 6 primeiros dias de vida. Realizei a avaliação da dor na criança antes, durante e depois do procedimento, através das escalas preconizadas pela DGS (2012), e registei informaticamente no processo clínico da criança o resultado da avaliação da dor, bem como as estratégias utilizadas para o seu controlo da dor e qual o resultado obtido. Proporcionei medidas de conforto tentando manter um ambiente calmo na sala, com pouco ruído; com luz pouco intensa e permitindo o “embalo” no colo da mãe ou do pai (DGS, 2012), propunha como

medida de conforto e diminuição do *stress*, para o bebê e para a família, a amamentação ou sucção não nutritiva conforme preconizado pela DGS (2012). Segundo Harrison et al., (2016), a amamentação pode ajudar a reduzir a dor durante a vacinação em recém-nascidos e em crianças mais velhas que ainda sejam amamentadas (DGS, 2012). Durante estes procedimentos, a amamentação reduziu as respostas comportamentais de duração do choro e os resultados da avaliação da dor foram baixos, durante e após o procedimento. Foi ainda possível observar durante a realização do diagnóstico precoce que mais de 50% dos bebês enquanto estavam a ser amamentados, permaneciam calmamente a mamar e sem chorar. O mesmo também é verdade para os bebês vacinados com recurso à amamentação, demonstrando uma avaliação de dor com valores muito baixos. Amamentar o bebê logo após ele ser vacinado ajuda a superar a dor, e enfatiza que o leite materno reforça a eficácia da vacina. Além de estar facilmente disponível, é um método simples, sem custos associados, pelo que pode facilmente ser adotado pelas mães que amamentam (Harrison, et al., 2016). De acordo com outro autor (Taddio, et al., 2009), a amamentação deve ser iniciada ainda antes da administração da vacina e deve ser mantida durante vários minutos, mesmo após a sua administração. Outros autores corroboram com as ideias referidas anteriormente e salientam também o efeito analgésico da administração da sacarose 25% em crianças até aos 3 meses de idade (Goswami, et al., 2013).

A prática de cuidados atrás referidos, coaduna com o modelo concetual centrado na criança e na família, encarando este binómio como beneficiário dos meus cuidados (Regulamento nº 422/2018 de 12 de Julho). De acordo com o modelo de sistemas de Betty Neuman, dirigi os meus cuidados de forma a desenvolver estratégias de prevenção primária que reflipam a minha preocupação com a vigilância de saúde infantil e juvenil e particularmente com a imunização e amamentação.

Durante este estágio foi também importante elaborar uma proposta de norma de procedimento para o diagnóstico precoce no recém-nascido (Apêndice IV) que foi solicitada pela equipa de enfermagem. Isto porque algumas colegas que trabalham recentemente na USF e cujas experiências profissionais se distanciavam da área pediátrica verbalizaram algumas dúvidas relacionadas com o procedimento e acondicionamento do boletim. Neste sentido, para que houvesse uma uniformização da prática de enfermagem durante todo o processo de colheita e acondicionamento do boletim realizei uma proposta de norma de procedimento de forma a tornar-se um

documento orientador e de fácil consulta. Este documento foi elaborado com o apoio da EEESIP e foi apresentado durante a reunião clínica semanal aos restantes elementos da equipa, que consideraram um documento muito útil para a CVSIJ.

Apesar de nos últimos anos várias ações de sensibilização e formação terem sido desenvolvidas na área de avaliação e controlo da dor pediátrica, trazendo inúmeros benefícios e ganhos na qualidade dos cuidados prestados (Batalha, 2015), esta não é ainda uma prática sistemática no dia-a-dia dos profissionais de enfermagem. As práticas rotineiras de que são exemplo a vacinação, o diagnóstico precoce, a punção do calcâneo, a colheita de sangue periférico, a intubação naso/orogástrica, não têm muitas vezes em linha de conta a tolerância e as reações do recém-nascido aos procedimentos. Estas práticas podem em certas circunstâncias colocar em causa os princípios dos cuidados não traumáticos (CNT) nomeadamente na minimização do desconforto físico e psicológico da criança e família durante a prestação de cuidados de saúde (Coughlin, 2014); (Hockenberry & Barrera 2014).

Durante o último estágio curricular, no meu contexto profissional, procurei desenvolver competências e atividades de forma a colmatar as necessidades da equipa, auscultadas através do questionário (Apêndice V) que tinha sido entregue e respondido ainda na fase do Projeto de estágio. Em parceria com a EEESIP diagnosticámos a pertinência de elaborar a norma “ Monitorização da dor através da Escala de EDIN” (Apêndice V) de acordo com as orientações da DGS (2012), que sugere a avaliação da dor desde o primeiro contacto e nas crianças internadas pelo menos uma vez a cada 8h, assim como a utilização da escala EDIN em recém-nascidos pré-termo (>25 semanas) (DGS, 2012). Paralelamente foi ainda concretizada outra norma de como “Gerir a sacarose oral 24% no recém-nascido” (Apêndice V) e “Capacitação parental no cuidado ao RNPT – Estratégias de alívio da dor” (Apêndice V). Estas três normas tiveram o parecer favorável da EO que assume funções de coordenação na neonatologia e da enfermeira gestora do serviço. A elaboração destas normas de procedimento permitiu apropriar-me de conhecimentos sólidos referentes às temáticas da avaliação, controlo da dor e capacitação parental em contexto neonatal, apresentando contributos para a análise dos fundamentos e reflexão sobre os processos de tomada de decisão (Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro). Objetivando a transmissão da informação reunida nas normas de procedimento e na proposta de projeto de melhoria contínua dos cuidados de enfermagem considerei prioritário realizar várias sessões de formação à equipa de

enfermeiros da Unidade de Neonatologia, após a passagem de turno, de forma a abranger o maior número de enfermeiros. Lourenço & Mendes (2008) salientam que o processo de formação deve ir ao encontro das diferentes exigências dos contextos de trabalho, valorizando as necessidades dos elementos dos serviços. No caso da formação dos enfermeiros, dizem-nos que o modelo de formação deve cumprir alguns requisitos, nomeadamente utilizar como modalidade dominante a formação-ação, com base na reflexão, problematização da realidade e tentativa de resolução do problema. Esta parece ser aquela que melhor se coaduna com as necessidades do serviço, ao permitir mudanças individuais, coletivas e estruturais. Os mesmos autores propõem aproveitar a formação em serviço para valorizar a experiência pessoal e profissional dos enfermeiros, promovendo a sua participação. A formação em serviço deverá ter um papel predominante como facilitadora na estratégia de mudança de comportamentos e atitudes que estão institucionalizadas e que consideramos “rotina” (Lourenço & Mendes, 2008). Todos estes aspetos foram considerados durante o planeamento da sessão de formação (Apêndice V).

As experiências que resultaram dos diferentes estágios permitiram o aprofundamento de conhecimentos sobre a avaliação e controlo da dor durante os procedimentos nos diferentes estádios de desenvolvimento da criança e em diferentes contextos. As atividades planeadas na fase de projeto foram concretizadas e demonstraram ser enriquecedoras para a aquisição de competências de enfermeira especialista.

O processo de adaptação para a mudança, não é imediato, contudo quando se procuram soluções alternativas para a resolução de problemas identificados da nossa prática, é do escopo do EEESIP reconhecer que a melhoria da qualidade envolve o planeamento e execução de programas de melhoria contínua dos cuidados (Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro de 2019), competência que pretendi desenvolver com a elaboração do Projeto “Crescer sem dor - Contributos para a melhoria contínua dos cuidados de enfermagem”. (Apêndice V).

3.2.2. O projeto "Crescer sem dor - Contributos para a melhoria contínua dos cuidados de enfermagem" na gestão da dor do recém-nascido pré-termo

A elaboração do projeto “Crescer sem dor - Contributos para a melhoria contínua dos cuidados de enfermagem” foi o culminar de várias competências desenvolvidas, através dos diferentes subsídios obtidos ao longo deste percurso formativo. Numa fase inicial, identifiquei o problema a partir da revisão da literatura e reflexão crítica sobre as práticas em uso no controlo da dor relacionada com procedimentos. Procurei junto da coordenadora da Unidade de Neonatologia validar o problema, seguidamente formulei os objetivos gerais e específicos visando perceber as causas, posteriormente planeei e executei as atividades, para numa fase final avaliar os resultados. O projeto “Crescer sem Dor - Contributos para a melhoria contínua dos cuidados de enfermagem” surgiu da preocupação individual relativamente aos cuidados desenvolvidos e implementados no âmbito da gestão da dor durante os procedimentos invasivos, no contexto da Unidade de Neonatologia do Hospital onde desempenho funções.

O ambiente da Unidade de Neonatologia propicia diversos estímulos devido à luz intensa, ao ruído permanente, a procedimentos sistemáticos, tais como avaliação da glicémia através da punção do calcanhar, introdução de cateteres ou sondas e aspiração de secreções frequentes, todos eles promotores de dor e *stress* no RNPT. A consciencialização das consequências destes estímulos no desenvolvimento do RNPT levou-me a refletir sobre as práticas em uso e possibilitou identificar situações em que a avaliação, o registo e o tratamento da dor durante os procedimentos eram dissonantes relativamente às recomendações mais atuais.

Com a finalidade de caracterizar o problema produzi um instrumento de diagnóstico de necessidades formativas que se traduziu por um questionário baseado no desenvolvido por Coughlin (2017) – *“Trauma informed care in the NICU: Evidence Based Practice Guidelines for Neonatal Clinicians”* (Apêndice), que na sua versão original permitia avaliar a frequência da aplicação de medidas de prevenção, avaliação e controlo da dor e do *stress* no RNPT. Este instrumento foi respondido por 11 dos 13 enfermeiros que constituem a equipa e consistiu num conjunto de perguntas de resposta fechada cujas opções foram: “Nunca”, “Ocasionalmente”, “Às vezes”, “Frequentemente”, “Sempre” e “Não sei/Não se aplica”.

Os principais dados obtidos pelo questionário demonstram que quando questionados sobre **a gestão da dor** durante o procedimento **18%** dos enfermeiros

responde **“sempre”**. Inquiridos sobre a **participação parental** durante os procedimentos, **nenhum** enfermeiro refere que o faz **“sempre”** e **9%** que o faz **“frequentemente”**. Sobre a **avaliação e gestão da dor** nos procedimentos **63%** responde que o faz **“às vezes”** ou **“ocasionalmente”**. Relativamente ao **registo correto das intervenções não farmacológicas**, **18%** afirma que **“nunca”** o faz e **nenhum** enfermeiro refere fazer **“sempre”**. A utilização de uma **escala de avaliação de dor** apropriada à idade gestacional é realizada **“sempre”** por **27%** dos enfermeiros. **Prevenir a dor e o stress** é **“sempre”** um objetivo dos cuidados diários para **45%** dos enfermeiros e **“frequentemente”** para **27%**. Estes resultados traduzem um controlo aparentemente ineficaz da dor e do *stress* ou a sua desvalorização por um conjunto importante de enfermeiros da unidade. Estas práticas devem-se provavelmente à ausência de normas de procedimentos (como recomendado pela DGS, 2012) ou pelas atitudes e crenças individuais dos profissionais. Estes resultados estão em consonância com os estudos de Batalha (2007; 2010; 2014) já abordados no capítulo da problemática. Um estudo de Santos, et, al., (2012) sugere igualmente que os profissionais de saúde desvalorizam a utilização das escalas de dor, comprometendo o processo de avaliação de dor, ocorrendo de forma pouco sistematizada, assente em valores profissionais individualizados que podem colocar em causa os cuidados prestados ao RNPT. A abordagem descrita distancia-se do principal objetivo dos CCF e CNT, limita a capacitação e participação dos pais no cuidado aos filhos e não responde às recomendações feitas pela evidência científica (Hockenberry & Barrera, 2014).

Para responder às lacunas evidenciadas, reuni com os líderes formais do serviço, com a Enfermeira Gestora e com a Enfermeira Coordenadora da Unidade expondo a minha inquietação e motivação para desenvolver este projeto. Nesta reunião foram apresentados os resultados do questionário e ficou definido que estes seriam apresentados também à equipa. Ficou ainda definido que o projeto seria para avançar. Foram então realizadas três reuniões após a passagem de turno (de forma a abranger o máximo de enfermeiros por turno), com o objetivo de informar os resultados dos questionários e as dinâmicas que se pretendiam implementar no serviço. Foi constituído um grupo de trabalho, do qual eu faço parte com a enfermeira coordenadora e mais duas enfermeiras especialista em saúde infantil e pediatria. Como referi anteriormente, os resultados dos questionários que apontam para um número reduzido de enfermeiros que realizam intervenções não farmacológicas para

o alívio da dor, que promovem a parceria de cuidados com a família e que utilizam escalas para avaliação da dor, associado à carência de normas de procedimento relacionadas com a problemática, tornaram pertinente as atividades desenvolvidas. As atividades consistiram na elaboração de três normas que passo a referir: “Gerir a sacarose oral” (Apêndice V); “Capacitação parental no cuidado ao RNPT - Estratégias para alívio da dor” (Apêndice V) e “Monitorizar a dor através da escala de EDIN” (Apêndice V). A elaboração e revisão de normas de procedimento permitiu-me promover a incorporação dos conhecimentos na área da qualidade na prestação de cuidados (Regulamento nº140/2019 de 6 de fevereiro).

A imagem de liderança é essencial na promoção de um ambiente de confiança, como impulsionador de incentivos e do desenvolvimento de competências dos colaboradores, com resultado no melhor desempenho e maior participação da equipa (Mendes & Fradique, 2014). As normas de procedimento apesar de estarem aprovadas pela Enfermeira Gestora e pela Enfermeira Coordenadora, ficaram a aguardar codificação. O projeto elaborado com os contributos para a melhoria contínua dos cuidados encontra-se em fase de aprovação pelo gabinete de gestão de qualidade.

A elaboração do projeto “Crescer sem Dor - Contributos para a melhoria contínua dos cuidados de enfermagem” permitiu-me identificar oportunidades, estabelecer prioridades, seleccionar estratégias de melhoria e fomentar a implementação de programas de melhoria contínua da qualidade (Regulamento nº140/2019 de 6 de fevereiro de 2019).

Deste modo, cabe ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem contribuir para a máxima eficiência na organização dos cuidados de enfermagem, designadamente fomentar registos e intervenções de enfermagem que agreguem as necessidades de cuidados à criança/jovem (Regulamento n.º 351/2015 de 22 de Junho).

4. REFLEXÃO SOBRE O PERCURSO REALIZADO: CONTRIBUTOS PARA A AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

O percurso iniciado há vários meses foi oportuno ao desenvolvimento de várias competências, gerais e comuns de enfermeiro especialista, através da aprendizagem experiencial em diferentes contextos de acordo com um nível de progressiva complexidade, da construção do saber baseado na ação, e das reflexões sobre as atividades desenvolvidas. A descrição das atividades e aprendizagens realizadas ancorou-se no Regulamento nº422/2018 de 12 de Julho de 2018 sobre as competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica e no Regulamento nº 140/2019 de 6 de Fevereiro de 2019 das competências Comuns de Enfermeiro Especialista, da Ordem dos Enfermeiros.

A competência é a capacidade que desenvolvemos para agir numa determinada situação implicando a articulação de uma resposta entre o que fazemos, a quem fazemos, porquê e porque o fazemos (Alarcão e Rua, 2005). Para Le Boterf (2003) as competências assentam em três eixos: saber-saber (conhecimento); saber-fazer (habilidades) e saber-ser (atitudes). Ao profissional compete mobilizar **conhecimentos** para o contexto da sua prática, usufruindo dos seus **recursos** e de modo a demonstrar uma disposição para **agir** pertinente relativamente a uma situação específica e muitas vezes complexa. É importante que o profissional se supere e demonstre a capacidade de fazer diferente, de se adaptar e de se reinventar, fazendo da sua prática uma oportunidade de aprendizagem através da reflexão sobre a ação. A estas características encontra-se implícita a **capacidade** empreendedora para agir. Importa neste contexto definir que o Enfermeiro Especialista “ é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem (...) (Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro de 2019, p.4744).

De acordo com os domínios de competências comuns do Enfermeiro Especialista estabelecidos pelo regulamento nº 140/2019 da OE (2019), as competências do domínio da **Responsabilidade profissional ética e legal** foram desenvolvidas, ao longo deste percurso, assentes na legislação em vigor, nomeadamente o Código Deontológico do Enfermeiro (2015a), Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (2015b) e da Declaração Universal dos Direitos

da Criança (1959), de forma a garantir uma prática de cuidados centrada no respeito pelos direitos humanos e consciente das responsabilidades profissionais. O “jornal de aprendizagem” (Apêndice II) realizado no contexto de Urgência Pediátrica permitiu-me refletir sobre os processos de tomada de decisão, com enfoque no respeito e dignidade, parceria e informação partilhada, nomeadamente no âmbito da avaliação e gestão da dor na criança/jovem. Esta atividade sustentou a minha tomada de decisão noutras situações similares, modelando as escolhas do meu exercício profissional, respeitando princípios éticos e deontológicos.

No domínio da **Melhoria contínua da qualidade**, as competências desenvolvidas refletem-se através da elaboração de documentos de suporte à prática de enfermagem, sugerindo normas de procedimento, realização de sessões de formação em contexto de trabalho e a elaboração do projeto “Crescer sem Dor - Contributos para a melhoria contínua cuidados de enfermagem”, pressupondo a avaliação das necessidades de cada contexto. Compreendendo que o conhecimento é obtido pela escolha individual de apreender as aquisições (Dias, 2004), como estratégia de intervenção foi proposto o envolvimento de todo o grupo para que cada elemento se sinta fundamental no processo, minimizando a probabilidade da ocorrência de conflitos. Estas atividades capacitaram-me a definir metas para a melhoria da qualidade dos cuidados, integrar indicadores para a avaliação das minhas práticas, fomentar soluções adotando uma postura de liderança e de supervisão das atividades propostas.

As competências no domínio da **Gestão dos Cuidados** foram desenvolvidas através da proposta de projeto de melhoria contínua dos cuidados de enfermagem na Unidade de Neonatologia, onde me capacitei para liderar os processos de mudança da prática profissional, sugerindo a organização de um grupo de trabalho, motivando a equipa para tornar possível as auditorias aos processos clínicos dos RNPT, fomentando um ambiente seguro e introduzindo inovações para a prática de cuidados complexos.

Por último, no que se refere às competências comuns do enfermeiro especialista no domínio do **Desenvolvimento das aprendizagens profissionais** foram conseguidas de forma gradual, de acordo com as atividades de crescente complexidade e com situações progressivamente mais desafiantes. Importa destacar a elaboração de um “Estudo de caso” realizado em contexto de USF (Apêndice II) que me permitiu conhecer a criança e família utilizando fontes documentais, como os

registros clínicos disponíveis, a entrevista aos pais, a observação da criança, o seu exame físico com recurso à somatometria e Escala de Desenvolvimento de *Mery Sheridan* modificada. Possibilitou-me identificar problemas e necessidades de cuidados e através desta apreciação prescrever, implementar e avaliar intervenções individualizadas, recorrendo a referenciais teóricos como o Modelo de Sistemas de Betty Neuman para estruturar o pensamento e fundamentar as minhas intervenções, integrando a filosofia dos CCF e os CNT. Importa ainda salientar as sessões de formação realizadas no Internamento de Pediatria (Apêndice III) e na Unidade de Neonatologia (Apêndice V), respetivamente, que possibilitaram desenvolver capacidades como formador oportuno em contexto de trabalho, diagnosticar necessidades formativas, favorecendo a aprendizagem, a destreza nas intervenções e o desenvolvimento de habilidades e competências dos enfermeiros (Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro de 2019).

Para além das atividades realizadas para o desenvolvimento das competências comuns, apresento agora as atividades e aprendizagens que me permitiram desenvolver competências específicas de Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica, no contexto da prática clínica. No domínio **Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde**, desenvolvi atividades em todos os contextos de estágio que contemplam os CCF de forma a promover a negociação e participação da criança/jovem e família em todo o processo de cuidar (Regulamento n 422/2018 de 12 de julho de 2018). A minha prática diária contempla os cuidados ao RNPT e termo e suas famílias, distanciando-me das crianças que tive oportunidade de cuidar no Serviço de Pediatria, na Urgência e no Centro de Paralisia Cerebral. Neste último contexto foi particularmente difícil a comunicação pelas limitações que apresentam a este nível. A observação da atuação da enfermeira orientadora que me apresentou os instrumentos alternativos e aumentativos de comunicação como o *Gotalk* e os cadernos individuais de comunicação foram fundamentais para ultrapassar as minhas lacunas. A curta duração do estágio mantém-me consciente de que este percurso de aprendizagem carece de aprofundamento devido às complexas necessidades deste contexto. O Serviço de Urgência e o Internamento de Pediatria trouxe-me a possibilidade de treinar e implementar estratégias verbais e não-verbais de comunicação com a criança/jovem e família como o recurso ao desenho, aos bonecos significativos para a criança e aos meios digitais de informação. As atividades desenvolvidas neste percurso foram determinantes para o aumento progressivo da

minha confiança em estabelecer relações terapêuticas com criança/jovem e família, proporcionando-me maior autonomia na prestação de cuidados individualizados.

No domínio **Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade**, foram desenvolvidas atividades que permitiram mobilizar conhecimentos e habilidades para a rápida identificação de focos de instabilidade e resposta antecipatória, nomeadamente através da aplicação de escalas de avaliação da dor válidas e adequadas ao estágio de desenvolvimento da criança. No contexto de Urgência Pediátrica a elaboração do “Jornal de aprendizagem” permitiu-me refletir e apropriar-me das estratégias de atuação do enfermeiro numa situação complexa aplicando conhecimentos e habilidades em terapias não farmacológicas para o alívio da dor. Através da elaboração das normas de procedimento na USF e na Unidade de Neonatologia, mobilizei evidência científica para fundamentar a tomada de decisão sobre as terapias a utilizar nomeadamente na realização do diagnóstico precoce no RN, na avaliação da dor do RN, no controlo da dor do RNPT através da administração de sacarose a 24% e na capacitação parental para cuidados ao RNPT através de estratégias de alívio da dor. Elaborei também uma proposta de projeto de melhoria contínua dos cuidados (Apêndice V) que visa a gestão da dor relacionada com procedimentos no RNPT e pretende uniformizar a prática de cuidados dos enfermeiros na Unidade de Neonatologia (Regulamento nº 422/2018 de 12 de julho de 2018).

No domínio **Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem** a elaboração do estudo de caso realizado em contexto de estágio na USF teve como ponto de partida a avaliação do desenvolvimento da criança segundo a escala de *Mary Sheridan* modificada. Permitiu-me construir um plano de cuidados onde procurei descrever o contributo do EEESIP na promoção do crescimento e desenvolvimento infantil por meio da orientação antecipatória às famílias, e na promoção da parentalidade (Regulamento nº 422/2018 de 12 de julho de 2018). Nos diferentes locais de estágio a avaliação relativamente às estratégias utilizadas pelos pais nos cuidados às crianças/jovens, em consonância com a prestação de cuidados antecipatórios, foi determinante para munir o binómio criança/família de conhecimentos que possam potenciar as suas capacidades. A imaturidade do RNPT e a interação limitada com os pais durante o internamento na UCIN interferem na dinâmica familiar e condicionam a sua vinculação. Durante o período de estágio neste contexto pude intervir de modo a fortalecer a relação entre o binómio, promovendo a amamentação, negociando a

permanência parental, incentivando os cuidados ao RNPT, promovendo o contacto físico (contenção, colo, canguru e toque). Estas atividades capacitaram-me a transmitir cuidados antecipatórios, a utilizar técnicas de comunicação verbal e não-verbal e a realizar tomadas de decisão consciente (Regulamento nº 422/2018 de 12 de julho de 2018).

A prática clínica trouxe momentos de grande aprendizagem, no sentido em que através da observação, intervenção e reflexão na ação, foi possível ter a perceção que a intervenção do EEESIP quer ao nível da prevenção primária, secundária ou terciária dos *stressores*, assume um papel de relevante importância, através do CCF e dos CNT.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS E PROJETOS FUTUROS

A concretização do relatório de estágio revela o processo de aprendizagem iniciado durante este percurso formativo, baseado numa prática crítica e reflexiva, de acordo com a evidência científica atual. Refiro-me encetado com a aspiração de manter o compromisso em trabalhar diariamente no sentido de aperfeiçoar e amadurecer as competências adquiridas e prestar cuidados de nível avançado, com segurança e competência na relação com a criança e as suas famílias (Regulamento nº 422/2018 de 12 de julho de 2018).

Este relatório vai também ao encontro do preconizado pela Ordem dos Enfermeiros no seu Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, que propõe a estimulação da reflexão contínua dos cuidados de enfermagem à criança/jovem e à família e promove os métodos de melhoria contínua da qualidade (Regulamento n.º 351/2015 de 22 Julho). Neste sentido, encontram-se em Apêndice Is diferentes atividades desenvolvidas durante o percurso de estágio da qual saliento o projeto “Crescer sem Dor - Contributos para a melhoria contínua dos cuidados de enfermagem”. Este projeto não teve início durante o tempo efetivo de estágio, mas neste momento já se encontra a ser desenvolvido no serviço.

O facto do Hospital onde exerço a minha atividade profissional, se encontrar em processo de acreditação em saúde, considero que a realização e implementação do projeto de melhoria contínua na Unidade de Neonatologia contribua para a melhoria dos padrões de qualidade exigidos e aumento da segurança dos cuidados prestados.

Percebendo a importância que a gestão diferenciada da dor assume no neurodesenvolvimento do RNPT, considero que o projeto já referido, as formações em contexto de trabalho e as normas de procedimento concretizadas: “Gerir a sacarose oral”; “Capacitação parental no cuidado ao RNPT - Estratégias para alívio da dor” e “Monitorizar a dor através da escala de EDIN”, podem ser reconhecidos como ferramentas impulsionadoras da melhoria dos cuidados de enfermagem na unidade de neonatologia. Foi visível o esforço e envolvimento de toda a equipa que se refletiu no elevado número de enfermeiros presentes aquando das formações e do esforço acrescido em formarem grupos de trabalho para monitorização da implementação do projeto.

Este percurso teve desde sempre como premissa contribuir para a melhoria da prática de cuidados à criança/jovem e família e considero que os resultados obtidos foram sem dúvida valorizados pela escolha do Modelo de Betty Neuman, como orientador para uma abordagem holística do ser humano, permitindo a execução dos cuidados de forma integral e sistematizada.

Como projetos futuros pretendo dar continuidade à melhoria da qualidade dos cuidados prestados e à formação em contexto de trabalho, com objetivo de otimizar o trabalho em equipa, adequando os recursos às necessidades de cuidados; responsabilizar-me por ser facilitador da aprendizagem em contexto de trabalho e promover a implementação de padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho (Regulamento nº 140/2019 de 6 de Fevereiro de 2019).

Continuarei a desenvolver, em parceria com elementos da equipa de enfermagem, o Projeto "Crescer sem Dor - Contributos para a melhoria contínua dos cuidados de enfermagem", em função dos resultados obtidos nas auditorias internas. Pretendo manter a orientação de alunos de enfermagem da licenciatura e iniciar o meu percurso como orientadora de alunos de Mestrado em saúde Infantil e Pediátrica, bem como colaborar na integração de novos elementos na equipa de enfermagem, fomentando sempre o espírito crítico, o pensamento reflexivo e a fundamentação das ações com base na evidência científica da atual.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ahmann, E., & Johnson, B. H. (2001). New guidance materials promote family-centered change in health care institutions. *Pediatric nursing*, 27(2), 173–175.
- Alarcão, I. (1996). Reflexão Crítica Sobre o Pensamento de D. Schön e os Programas de Formação de Professores. *Revista da Faculdade de Educação*, 22(2), 11-42.
- Alarcão, I., & Rua, M. (2005). Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 14(3), 373-382. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072005000300008>
- Alligood, M. (2014). *Introduction to Nursing Theory: It's History, Significance, and Analysis*. In: Alligood, M. (Ed). *Nursing Theorists and Their Work*. (8ª ed.) Init 1, Cap. 1, p. 2-13. Missouri: Elsevier Mosby.
- Alligood, M., & Tomey, M., (2004). *Teóricas de Enfermagem e a sua obra. (Modelos e Teorias de Enfermagem)*. Edição: Lusodidacta, Abril de 2004. ISBN: 9789728383749.
- Altimier, L. & Phillips, R. (2013). The Neonatal Integrative Developmental Care Model: Advanced Clinical Applications of the Seven Core Measures for Neuroprotective Family-centered Developmental Care. *Newborn and Infant Nursing Reviews*, 16(4), 230-324. [doi:10.1053/j.nainr.2016.09.030](https://doi.org/10.1053/j.nainr.2016.09.030).
- American Academy of Pediatrics. (2014). Adverse Childhood Experiences and the Lifelong Consequences of Trauma. Disponível em: https://www.aap.org/en-us/Documents/ttb_aces_consequences.pdf
- Amorin, R. (2007). Toxina botulínica na Paralisia Cerebral: Aplicações terapêuticas na criança. Vol. XVI, Nº 3. p. 186-187. Nascere e Crescer. XIX reunião do hospital de crianças maria pia.
- Anand, K. J. S. (2001). *Consensus Statement for the Prevention and Management of Pain in the Newborn*. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 155(2), 173-173. [doi:10.1001/archpedi.155.2.173](https://doi.org/10.1001/archpedi.155.2.173) .
- Anand, K. J. S., Aranda, J. V., Berdec, B., Buckman, S., Capparelli, E. V., Carlo, W., et al. (2006). Summary proceedings from the neonatal pain-control group. *Pediatrics*, 117, 9-22. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16777824>

- Anand, K. J. S., & Whit Hall, R. W. (2007). Controversies in neonatal pain: An introduction. *Seminars in Perinatology*, 31(5), 273-274.
[doi:10.1053/j.semperi.2007.07.014](https://doi.org/10.1053/j.semperi.2007.07.014)
- Artigo 69.º de 27 de Abril. (1976). *Constituição da República Portuguesa*. Assembleia Constituinte. Lisboa, Portugal. Disponível em:
<https://www.parlamento.pt/parlamento/documents/crp1976.pdf>.
- Balda, R., & Guinsburg, R., (2004) – *Avaliação da Dor no Período Neonatal*. In KOPELMAN, Benjamin I. [et al] ed. lit. - Diagnóstico e Tratamento em Neonatologia. São Paulo: Editora Atheneu, 2004. Pág. 577-585.
- Batalha, L. & Santos, L. (2005) – Avaliação da dor no período neonatal. Temas de actualização. *Acta pediátrica, Port.*, 2005; Nº 4; Vol. 36: pp. 201-207.
Disponível em: http://www.spp.pt/Userfiles/File/App/Artigos/42/20130124172423_temas_de_atualizacao_201.pdf
- Batalha, L. (2007). Fatores de risco para um controlo inadequado da dor em pediatria. *In Revista de Enfermagem – DOR*. Volume 15. Nº 1. 2007. Página 27-36. ISBN: 0872-4814. Disponível em: https://www.aped-dor.org/images/revista_dor/pdf/2007_01.pdf
- Batalha, L. (2010). *Dor em pediatria: Compreender para mudar*. Lisboa: Lidel.
- Batalha, L. (2010). Intervenções não farmacológicas no controlo da dor em cuidados intensivos neonatais. Artigo de investigação. *Revista de enfermagem referência*. III Série - n.º 2 - Dez. 2010. pp. 73-80. ISSN 0874-0283. *Disponível em:* http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0874-02832010000400008&lng=pt&nrm=iso
- Batalha, L. (2013). Avaliação e controlo da dor em pediatria: uma década. *Saúde & Tecnologia*. 2013. Suplemento. Página 16-21. ISSN: 1646-9704.
Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/47132011.pdf>
- Batalha, L. (2015). Avaliação e controlo da dor pediátrica em Portugal. 2º Congresso Médico da Beira Interior. Covilhã, 26 de setembro de 2015. Disponível em: <https://slideplayer.com.br/slide/10283109/>
- Batalha, L. (2016). Avaliação da dor. Manual de estudo- versão 1. ESEnfC. Coimbra.
Disponível em: <https://repositorio.esenfc.pt/private/index.php?process=download&id=120681&code=fd5f4159798001777d637a7194e68c721a1609f9>

- Barros, L. (2010). A dor pediátrica associada a procedimentos médicos: contributos da psicologia pediátrica. *Temas em Psicologia*, 18(2), 295-306. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2010000200005&lng=pt&tlng=pt
- Beggs, S., Currie, G., Salter, M. W., Fitzgerald, M., & Walker, S. M. (2011). Priming of adult pain responses by neonatal pain experience: maintenance by central neuroimmune activity. *Brain*, 135(2), 404–417. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22102650>.
- Benner; P. (2001). De iniciado a perito. Excelência e poder na prática clínica de Enfermagem. Coimbra: Quarteto.
- Brazelton, T. & Cramer, B. (2004). *A relação mais precoce. Os pais, os bebés e a interação precoce*. Lisboa: Editorial Presença.
- Brazelton, T. (2013). *O grande livro da criança: o desenvolvimento emocional e do comportamento durante os primeiros anos* (13ª ed.). Lisboa: Editorial Presença.
- Brown, T. (2014). *Especialidades nas Intervenções de Enfermagem em Pediatria*. In: Hockenberry, J. & Wilson, D. (Eds). Wong, Enfermagem da criança e do adolescente. p. 1061-1118. Loures: Lusociência.
- Byrd, P. J., Gonzales, I., & Parsons, V. (2009). *Exploring Barriers to Pain Management in Newborn Intensive Care Units. Advances in Neonatal Care*, 9(6), 299–306. [doi:10.1097/anc.0b013e3181c1ff9c](https://doi.org/10.1097/anc.0b013e3181c1ff9c)
- Carbajal, R., Eble, B., & Anand, K. J. (2007). Premedication for tracheal Intubation in neonates: Confusion or controversy? *Seminars in Perinatology*, 31(5), 309–317. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17905186>.
- Casey, A. (1993). Development and Use of Partnership Model of Nursing Care: *Advances in Child Health Nursing*. London: Scutari.
- Cignacco, E. L., Sellam, G., Stoffel, L., Gerull, R., Nelle, M., Anand, K. J., & Engberg, S. (2012). Oral sucrose and “facilitated tucking” for repeated pain relief in preterms: A randomized controlled trial. *Pediatrics*, 129(2), 299–308. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22232305>. [doi: 10.1542/peds.2011-1879](https://doi.org/10.1542/peds.2011-1879).
- Collière, M., (2000). *Promover a vida. Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lidel. Abril de 2000. ISBN: 9789727571093.
- Collière, M. (2003). *Cuidar... A primeira arte da vida*. (2.ª ed.). Loures: Lusociência;

- Conselho Internacional de Enfermagem. (2012). *Combater a desigualdade: da evidência à ação*. Lisboa, Portugal: Edição Portuguesa Ordem dos Enfermeiros.
- Costa, E. & Pereira, F. (2016). Subsídios para o cuidado À saúde do povo cigano. Ministério da Saúde. Associação Internacional Maylê Sara Kalí. 1ª Edição. Brasília. Disponível em:
<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2016/novembro/10/Sa---de-Povo-Ciganos.pdf>
- Coughlin, M., Gibbins, S., & Hoath, S. (2009). Core measures for developmentally supportive care in neonatal intensive care units: Theory, precedence and practice. *Journal of Advanced Nursing*, 65(10), 2239–2248. Disponível em:<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2779463/>
- Coughlin, M. (2011). Age-appropriate care of the premature and critically ill hospitalized infant: Guideline for practice. Glenview, IL: National Association of Neonatal Nurses. Disponível em:http://nann.org/uploads/education/age-appropriate_care-final.pdf
- Coughlin, M. (2014). Transformative nursing in the NICU. Trauma-Informed age-appropriate care. Chapter 9 – Prevention and Management of Pain and stress..Springer Publishing Company. New York. ISBN: 978-0-8261-9657-6
Disponível em:http://zu.edu.jo/UploadFile/Library/E_Books/Files/LibraryFile_171037_12.pdf
- Coughlin, M. (2016). Trauma-informed care in the nicu: evidence-based practice guidelines for neonatal clinicians. Springer Publishing Company. New York.
- D'Agata, A. L., Young, E. E., Cong, X., Grasso, D. J. & McGrath, J. M. (2016). Infant Medical Trauma in the Neonatal Intensive Care Unit (IMTN): a proposed concept for science and practice. *Advances in Neonatal Care*, 16(4), 289-297. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27391564>.
- Davis, L., Mohay, H. & Mothers, E.H. (2003). Involvement in caring for their premature infants: an historical overview. *Journal of Advanced Nursing*, 42(6), 578-586. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12787231>.
- Decreto-Lei n.º 11/93 de 15 de Janeiro. (1993). *Constituição da República Portuguesa*. Assembleia Constituinte. Lisboa, Portugal. Disponível em:
http://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=1670&tabela=lei_v elhas&nversao=1&so_miolo=.

Decreto-Lei nº161/96 de 4 de Setembro. (1996). *Diário da República nº 205/1996, I Série*. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal. Disponível em: http://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=1823&tabela=leis&so_miolo.

Decreto-Lei nº 298/2007 de 22 de Agosto de 2007, Diário da República – 1ª Série.- Nº 161 de 22 de Agosto. p. 5589. Lisboa. Portugal. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/640665>

Decreto-Lei nº 118/2014 de Diário da República, 1.ª série — N.º 149 — 5 de agosto de 2014. p. 4070. Lisboa. Portugal. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/55076561>

Dias, J. (2004). *Formadores que desempenho?* Loures: Lusodidata.

Diogo, P., Vilelas, J., Rodriguez, L., & Almeida, T. (2016). O medo das crianças em contexto de urgência pediátrica: Enfermeiro enquanto gestor emocional. *Pensar enfermagem*. Vol. 20. Nº 2. 2º Semestre. Acedido em: https://www.researchgate.net/profile/Paula_Diogo/publication/315661355_Os_Medos_das_Crianças_em_Contexto_de_Urgencia_Pediatrica_Enfermeiro_Enquanto_Gestor_Emocional_The_Fears_of_Children_in_Pediatric_Emergency_Context_Nurse_as_Emotional_Manager/links/58d91b3e458515d35f7ba181/Os-Medos-das-Crianças-em-Contexto-de-Urgencia-Pediatrica-Enfermeiro-Enquanto-Gestor-Emocional-The-Fears-of-Children-in-Pediatric-Emergency-Context-Nurse-as-Emotional-Manager.pdf

Diogo, P. (2019). Documento Orientador da Unidade Curricular Estágio com Relatório. 2º Ano-1º Semestre. 10º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria Ano Letivo 2019/2020.

Direção Geral de Saúde. (2003) Circular Normativa n.º 09/ DGS: *A Dor como 5º Sinal Vital -Registo sistemático da intensidade da Dor*. Lisboa. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-9dgcg-de-14062003.aspx>

Direção-Geral da Saúde. (2010). Orientação nº 014/2010 de 14/12/2010: Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças. Direção-Geral da saúde. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0142010-de-14122010.aspx>

Direção-Geral da Saúde. (2012). Orientações técnicas sobre o controlo da Dor nos recém-nascidos (0 a 28 dias). Lisboa (Orientação n.º24/2012). Disponível

em:<https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0242012-de-18122012-png.aspx>

Direção-Geral da Saúde. (2013). Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Disponível em:

<https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0102013-de-31052013-jpg.aspx>

Direção-Geral da Saúde. (2016). Programa Nacional de Vacinação 2017. Lisboa.

Direção-Geral da Saúde. Disponível em: <https://www.dgs.pt/em-destaque/novo-programa-nacional-de-vacinacao-pdf.aspx>

Fernandes, A. (2009) – O estudo da dor neonatal: Dos modelos animais À investigação clínica. APED. Dor em pediatria. Volume 17, Nº 2/2009. ISSN: 0872-4814. Disponível em:

http://www.aped-dor.org/images/revista_dor/pdf/2009_02.pdf.

Fernandes, A. (2010) - *The efficacy of kangaroo mother care, sucrose and pacifier to reduce responses of preterm infants to procedural pain*. (Tese de Doutoramento). Universidade de Lisboa com a participação da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Lisboa. Disponível em:

<http://repositorio.ul.pt/handle/10451/2406>.

Fitzgerald, M., & Walker, S. M. (2009). *Infant pain management: a developmental neurobiological approach*. *Nature Clinical Practice Neurology*, 5(1), 35–50. Disponível em:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19129789>. doi:10.1038/ncpneuro0984

Mendes, L. & Fradique, M. (2014). "Influence of leadership on quality nursing care", *International Journal of Health Care Quality Assurance*, Vol. 27 No. 5, pp. 439-450. Disponível em: <https://doi.org/10.1108/IJHCQA-06-2013-0069>.

Franck, L. S., & Bruce, E. (2009). Putting pain assessment into practice: Why is it so painful? *Pain Research & Management*, 14(1), 13–20. Disponível em:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2706559/>

Franck, L., Oulton, K., Nderitu, S., Lim, M., Fang, S., & Kaiser, A. (2011). Parent involvement in pain management for NICU infants: A randomized controlled trial. *Pediatrics*, 128(3), 510–518. Disponível em:

<https://pediatrics.aappublications.org/content/128/3/510?download>

Gomes-Pedro, J. (2005). *Para um sentido de coerência na criança*. Mem Martins: Publicações Europa-América.

- Goswami, G., *et al* (2013). Comparision of Analgesic Effect of Direct Breastfeeding, Oral 25% Dextrose Solution and Placebo during 1st DPS Vaccination in Healthy Term Infants: A Randomized, Placebo Controlled Trial. *Indian Pediatrics*, 50, 649-653. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23502661/>
- Grunau, R. E., Weinberg, J., & Whitfield, M. (2004). Neonatal procedural pain and preterm infant cortisol response to novelty at 8 months. *Pediatrics*, 114(1), 77-84. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1351380/>
- Grunau, R. E., Holsti, L., Haley, D. W., Oberlander, T., Weinberg, J., Solimano, A., et al. (2005). Neonatal procedural pain exposure predicts lower cortisol and behavioral reactivity in preterm infants in the NICU. *Pain*, 113(3), 293-300. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15661436>
- Grunau, R. E., Holsti, L., & Peters, J. W. (2006). Long-term consequences of pain in human neonates. *Seminars in Fetal & Neonatal Medicine*, 11(4), 268–275. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16632415>
- Harrison, D., Reszel, J., Bueno, M., Sampson, V., Shah, V., Taddio, A., Larocque, C., Turner, L. (2016). Breastfeeding for Procedural Pain in Infants Beyond the Neonatal Period. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016 Oct 28;10(10):CD011248. doi: 10.1002/14651858.CD011248.pub2.
- Hockenberry, M., & Barrera, P. (2014). *Perspetivas de Enfermagem Pediátrica*. In: Hockenberry, M. & Wilson, D. (Eds.), *Wong: Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª ed., pp. 1 – 20 Vol I). Loures: Lusociência.
- Huebner, G., et al., (2016). *Beyond survival: The case for investing in young children globally*. Washington, DC: National Academy of Medicine. Disponível em: <https://doi.org/10.31478/201606b>.
- Instituto de Apoio à Criança. (1998). Carta da Criança Hospitalizada. Lisboa, Portugal. Disponível em: http://www.iacrianca.pt/images/stories/pdfs/humanizacao/carta_crianca_hospitalizada.pdf.
- IASP (2020). The International Association for the Study of Pain definition of pain: as valid in 2020 as in 1979. Disponível em: <https://www.aped-dor.org/index.php/sobre-a-dor/definicoes>
- Institute for Patient and Family Centered Care (2017). Advancing the practice of patient and family centered care in hospitals. Bethesda: IPFCC. Disponível em: http://www.ipfcc.org/resources/gettig_started.pdf.

- Instituto Nacional de Estatística. (2016). *Estatísticas Demográficas 2016*. Lisboa, Portugal. Disponível em: https://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=307957746&att_display=n&att_download=y.
- Jacob, E. (2014). *Apreciação e gestão da dor na criança*. In: Hockenberry, M. & Wilso, D. (Eds). Wong, Enfermagem da criança e do adolescente. (9ª ed.). (vol. I, capítulo 7, p. 188-239). Loures: Lusociência.
- Johnston, C. C., Fernandes, A. M., & Campbell-Yeo, M. (2011). *Pain in neonates is different. Pain, 152 (upplement), S65–S73*. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20971562>.
[doi:10.1016/j.pain.2010.10.008](https://doi.org/10.1016/j.pain.2010.10.008)
- Jorge, A. M. (2004). A família e hospitalização da criança: (re)pensar o cuidar em enfermagem. Loures: Lusociência.
- Kérouac, S., et al., (2002). *El Pensamiento enfermero*. 3ª ed. Barcelona. Masson, S.A.
- Koch, Caroline Lau, Rosa, Aline Badch, & Bedin, Simone Caldas. (2017). Más notícias: significados atribuídos na prática assistencial neonatal/pediátrica. *Revista Bioética*, 25(3), 577-584. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-80422017253214>.
- Koukourikos, K. et al., (2015). The importance of play during hospitalization of children. 2015, Dec; 27(6): 438-441. [DOI: 10.5455/msm.2015.27.438-441](https://doi.org/10.5455/msm.2015.27.438-441)
- Kumar, P., Denson, S. E., & Mancuso, T. J.; Committee on Fetus and Newborn, Section on Anesthesiology and Pain Medicine. (2010). Premedication for non-emergency endotracheal intubation in the neonate. *Pediatrics*, 125(3), 608–615. [doi: 10.1542/peds.2009-2863](https://doi.org/10.1542/peds.2009-2863).
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20176672>
- Kuttner, L. (1993). Managing Pain in Children. Changing treatment of headaches. Canadian Family Physician VOL 39: March 1993. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2379772/pdf/canfamphys00109-0101.pdf>
- Kristoffersen, L., Skogvoll, E., & Hafström, M. (2011). Pain reduction on insertion of a feeding tube in preterm infants: A randomized controlled trial. *Pediatrics*, 127(6), e1449–e1454. [DOI: 10.1542/peds.2010-3438](https://doi.org/10.1542/peds.2010-3438)
- Lawson, T. (2014). *Betty Neuman: System Model*. In: Alligood, M. (2014). Nursing Theorists and Their Work (8ª ed.). Unit III. Cap. 16. P. 281-302. Missouri. Elsevier Mosby.

- Le Boterf, G (2003). *Desenvolvendo a competência dos profissionais*. (3º Ed), Porto Alegre: Artmed, Editora SA. ISBN: 978-85-363-0129-7.
- Lei n.º 48/90 de 24 de Agosto. (1990). *Diário da República n.º 195/1990, Série I*. Assembleia da República. Lisboa, Portugal. Disponível em: https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/574127/details/normal?p_p_auth=jnyzN3zG.
- Lehr, V. T., & Taddio, A. (2007). Topical anesthesia in neonates: Clinical practices and practical considerations. *Seminars in Perinatology*, 31(5), 323–329. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17905188>
- Leininger. M., (1988). Leininger's theory of nursing: Cultural care diversity and universality. *Nursing Science Quarterly*, 1(4), 152-160. Disponível em: doi:10.1177/089431848800100408.
- Lemos, I. et al., (2016). Therapeutic Play Use in Children under the Venipuncture: A Strategy for Pain Reduction. *American Journal of Nursing Research*, 2016, Vol. 4, No.1, 1-5. DOI:10.12691/ajnr-4-1-.
- Lenormand, M. (2018) Winnicott's theory of playing: a reconsideration, *The International Journal of Psychoanalysis*, 99:1, 82-102, To link to this article: Disponível em: <https://doi.org/10.1080/00207578.2017.1399068>.
- Lima, A. & Araújo, W. L. (2010). O Histórico Legislativo dos Instrumentos Internacionais de Proteção à Criança e ao Adolescente. Disponível em: <http://www.webartigos.com/artigos/o-historico-legislativo-dos-instrumentos-internacionais-de-protecao-a-crianca-e-aoadolescente/46189/#ixzz418Gtlq7C>.
- Linhares, M, Doca, F. (2010). Dor em neonatos e crianças: avaliação e intervenções não farmacológicas. *Temas em Psicologia*, 18 (2):307-325. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v18n2/v18n2a06.pdf>
- Liaw, J. J., Yang, L., Katherine Wang, K. W., Chen, C. M., Chang, Y. C., & Yin, T. (2012). Non-nutritive sucking and facilitated tucking relieve preterm infant pain during heel-stick procedures: A prospective, randomised controlled crossover trial. *International Journal of Nursing Studies*, 49(3), 300–309 Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22001561>.
- Liaw, J. J., Yang, L., Lee, C. M., Fan, H. C., Chang, Y. C., & Cheng, L. P. (2013). Effects of combined use of non-nutritive sucking, oral sucrose, and facilitated tucking on infant behavioural states across heel-stick procedures: A prospective, randomised controlled trial. *International Journal of Nursing*

Studies, 50(7), 883–894. Disponível em:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23068310>

Lourenço, C. & Mendes, A. (2008). - Pensar a formação em Enfermagem. *Revista Nursing*. Lisboa. ISSN 0871-6196. Ano 18, nº 233.

Lowry, L. W., & Aylward, P. D. (2015). Betty neuman's systems model. In M. Smith & M. E. Parker (Eds.), *Nursing theories & nursing practice* (4th ed., pp. 165- 184). Philadelphia: F. A. D. Company Ed. Disponível em:
<http://docshare03.docshare.tips/files/26827/268274013.pdf>

Maria, A. & Dasgupta, R. (2016). Family-centered Care for Sick Newborns: a Thumbnail View. *Indian Journal of Community Medicine*, 41(1), 11-15. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26917867>.

Marchant, A. (2014). Neonates do not feel pain: A critical review of the evidence, *Bioscience Horizons: The International Journal of Student Research*, Volume 7. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/biohorizons/hzu006>.

McCullough, S., Halton, T., Mowbray, D., & Macfarlane, P. I. (2008). Lingual sucrose reduces the pain response to nasogastric tube insertion: A randomised clinical trial. *Archives of Disease in Childhood*, 93(2), F100–F103. [doi:10.1136/adc.2006.110338](https://doi.org/10.1136/adc.2006.110338).

McElfresh, P. & Merck, T. (2014). *Cuidados centrados na família em situações de doença crónica ou incapacidade*. In: Hockenberry, M. & Wilson, D. (Eds). Wong: Enfermagem da criança e do adolescente (9ª ed., p. 897-930). Loures, Portugal: Lusociência.

Ministério da Saúde. Direção-Geral de Saúde. (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Lisboa, Portugal: Direção Geral de Saúde. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-tipo-de-atuacao-em-saude-infantil-e-juvenil.aspx>.

Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde. (2017b). *Natalidade, mortalidade infantil e perinatal - 2012-2016*. Lisboa, Portugal. Disponível em: <https://www.dgs.pt/portal-da-estatistica-da-saude/diretorio-de-informacao/diretorio-de-informacao/por-nivel-de-informacao-906802-pdf.aspx?v=11736b14-73e6-4b34-a8e8-d22502108547>.

Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde. (2017a). *Principais Indicadores da Saúde para Portugal, 2012-2016*. Lisboa, Portugal. Disponível em: <https://www.dgs.pt/portal-da-estatistica-da-saude/principais-indicadores.aspx>.

- Naughton, K. A. (2013). The combined use of sucrose and nonnutritive sucking for procedural pain in both term and preterm neonates: An integrative review of the literature. *Advances in Neonatal Care*, 13(1), 9–19. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23360853>.
- Neuman, B. (2011). *The Neuman Systems Model*. In: Neuman, B. & Fawcett, J. (2011). *The Neuman Systems Model*. 5º ed. Cap. 1, P. 3-33. United States of American: Pearson Education, Inc.
- Oliveira, P., Pedro, A., Fernandes, A., Melancia, C., Abadessa, C., Lanzas, D., Santos, E., Marote, L., Amorim, R. (2018). *Desenhos da minha dor*. Associação Portuguesa para o Estudo da Dor. 1ª Edição. ISBN: 978-989-54122-0-4. Disponível em: https://www.aped-dor.org/images/diversos/documentos/desenhos_da_minha_dor_fev_2018.pdf.
- Ordem dos Enfermeiros. (2008). Conselho de enfermagem - *Guia Orientador de Boa Prática - DOR*. Cadernos Ordem dos Enfermeiros. Série 1. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2009). Código Deontológico. Inserido no Estatuto da OE republicado como anexo pela Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro. Lisboa. Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: <https://www.enfermagem.edu.pt/images/stories/CodigoDeontologico.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). Guia orientador de boas práticas em enfermagem de saúde infantil e pediátrica – Volume I. (Caderno OE, Ed). (Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/GuiasOrientadores_BoaPratica_SaudeInfantil_Pediatrica_volume1.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento dos Padrões de qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/MCEESIP_Regulamento_PQCEE%20_SaudeCriancaJovem.pdf.
- Ordem dos Enfermeiros. (2013a). *Guia Orientador de Boa Prática - Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança*. OE. Série 1. Nº 6. Lisboa. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/GOBP_EstrategiasNaoFarmacologicasControloDorCrianca.pdf.

- Ordem dos Enfermeiros. (2013b). Programa Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Guião para a Organização de Projetos de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Peixoto, N. & Peixoto, T. (2016). Prática reflexiva em estudantes de enfermagem em ensino clínico. *Revista de Enfermagem Referência*, IV (11), 121-132. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.270/RIV16030>.
- Peters, J. W. B., Schouw, R., Anand, K. J. S., van Dijk, M., Duivenvoorden, H. J., & Tibboel, D. (2005). *Does neonatal surgery lead to increased pain sensitivity in later childhood?* *Pain*, 114(3), 444–454. doi:10.1016/j.pain.2005.01.014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15777869>
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.
- POPPY Steering Group. (2009). Family-centred care in neonatal units. A summary of research results and recommendations from the POPPY project. London: NCT. Disponível em: http://www.assembly.wales/NAfW%20Documents/hwlg_3_-nnc001b-nct-poppy_report_2009.pdf%20-%2022032010/hwlg_3_-nnc001b-nct-poppy_report_2009-English.pdf.
- Regulamento n.º 351/2015 (2015). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, aprovado pela Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República II série*, N.º119 (22-06-2015) 16660–16665. Disponível em: https://dre.pt/pesquisa/-/search/67552235/details/maximized?print_preview=print-preview&perPage=100&q=Lei+n.%C2%BA%2010%2F97%2Fen/en.
- Regulamento n.º 422/2018 (2018). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. *Diário da República II Série*, N.º 133 (12-07-2018) 19192-19194. Disponível em: <https://dre.pt/pesquisa/-/search/115685379/details/normal?l=1>.
- Regulamento n.º 140/2019 (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Ordem dos Enfermeiros, *Diário da República II Série*, N.º26 (06-02-2019) 4744-4750. Disponível em: <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/119236195/details/normal?l=1.~>

- Reis, G. (2009) – Avaliação e controlo da dor em cuidados intensivos neonatais: Experiência do hospital pediátrico de Coimbra. APED. Dor em pediatria. Volume 17, Nº 2/2009. ISSN: 0872-4814. Disponível em: http://www.aped-dor.org/images/revista_dor/pdf/2009_02.pdf.
- Samra, H. A., & McGrath, J. M. (2009). Pain management during retinopathy of prematurity eye examinations: A systematic review. *Advances in Neonatal Care*, 9(3), 99–110. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19542771>.
- Sander, J. (2014). *Cuidados Centrados na família em situações de doença e hospitalização*. In: Hockenberry, M. & Wilson, D. (Eds). Wong – Enfermagem da criança e do adolescente. (9ª ed.). Vol. II. Capítulo 26, p. 1025-1060. Loures. Lusociência.
- Sanders, M. R., & Hall, S. L. (2017). Trauma-informed care in the newborn intensive care unit: promoting safety, security and connectedness. *Journal of Perinatology*, 38(1), 3–10. doi:10.1038/jp.2017.124. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5776216/>
- Santos, L., Pereira, M., Santos, L. e Santana, R. (2012). Avaliação da dor no recém-nascido prematuro em Unidade de Terapia Intensiva. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Brasília. 2012. Jan-Fev. Pág 27-33. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reben/v65n1/04.pdf>
- Sequeira, C. (2016). *Comunicação Clínica e Relação de Ajuda*. Lisboa: Lidel.
- Shields, L., Pratt, J. & Hunter, J. (2006). Family-centred care: a review of qualitative studies. *Journal of Clinical Nursing*, 15(10), 1317-1323. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16968436>.
- Smith, J., Swallow, V. & Coyne, I. (2015). Involving Parents in Managing Their Child's Long-Term Condition—A Concept Synthesis of Family-Centered Care and Partnership-in-Care1. *Journal of Pediatric Nursing*, 30(1), 143-159. Acedido em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25458112>.
- Tavares, P. (2008). *Acolher... Brincando – A brincadeira terapêutica no acolhimento de enfermagem à criança hospitalizada*. Porto: Instituto Ciências Biomédicas.
- UNICEF. Assembleia Geral das Nações Unidas. (1990). A Convenção sobre os direitos da criança. Lisboa, Portugal: Nações Unidas. Disponível em: http://www.unicef.pt/docs/pdf_publicacoes/convencao_direitos_crianca2004.pdf.

UNICEF. Assembleia Geral das Nações Unidas. (1990). A Convenção sobre os direitos da criança. Lisboa, Portugal: Nações Unidas. Disponível de: http://www.unicef.pt/docs/pdf_publicacoes/convencao_direitos_crianca2004.pdf.

Witt, N., Coynor, S., Edwards, C., & Bradshaw, H. (2016). *A Guide to Pain Assessment and Management in the Neonate. Current Emergency and Hospital Medicine Reports*, 4(1), 1–10. [doi:10.1007/s40138-016-0089-y](https://doi.org/10.1007/s40138-016-0089-y)

World Health Organization. (2013). Definition of Key terms: Consolidated ARV Guidelines. Disponível de: <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/arv2013/intro/keyterms/en/>.

Sítios da Internet consultados:

<https://www.sns.gov.pt/noticias/2019/10/21/taxa-de-mortalidade-infantil/>.

<https://www.sns.gov.pt/noticias/2019/05/31/direitos-da-crianca/>

ANEXOS

**ANEXO I - Certificado de participação no “IV Encontro de
Enfermagem de Neonatologia da área de Lisboa”**

CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO



IV ENCONTRO DE ENFERMEIROS DE NEONATOLOGIA DA ÁREA DE LISBOA

Cuidados Neuroprotetores: Viver Sem Trauma

Certifica-se que Patricia Alexandra Cortinhal Bucha Galego esteve presente no IV Encontro de Enfermeiros de Neonatologia da área de Lisboa, subordinado ao tema principal, "Cuidados neuroprotetores: viver sem trauma", que decorreu nos dias 14 e 15 de Novembro de 2019, no Auditório da ESEL — Pólo Artur Ravara, Lisboa.



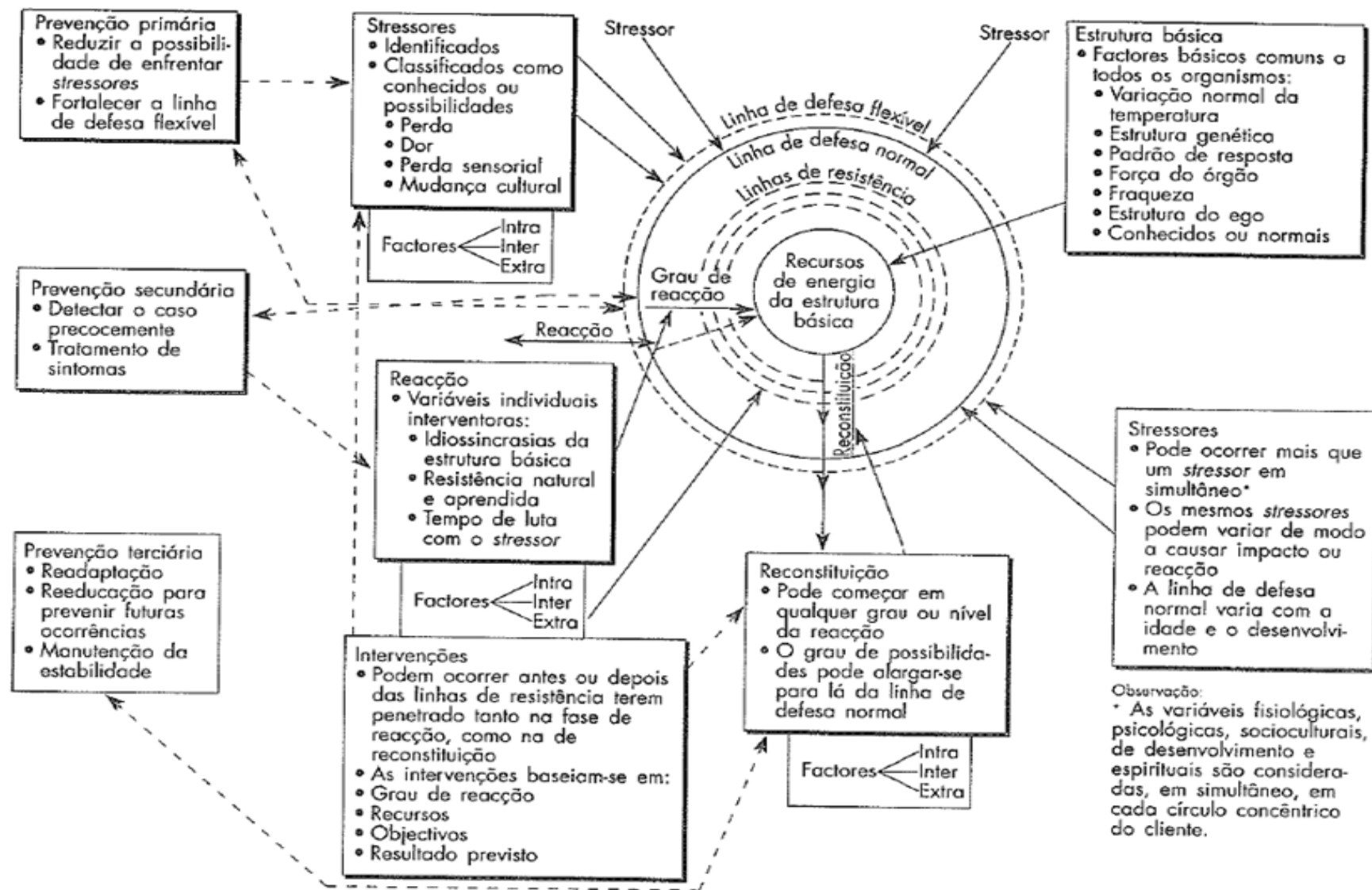
Enfermeiros Neonatologia
Área de Lisboa

A COMISSÃO ORGANIZADORA

Maria Theresia Vasconcellos

Silvia Catarina de Almeida Quinte

ANEXO II – Diagrama do Modelo de Betty Neuman



Fonte: George, J. B. (1995). In Teorias de Enfermagem – Os Fundamentos à prática profissional. Neuman, B., & Fawcett, J. (2011). *In The Neuman Systems Model*.

APÊNDICES

**APÊNDICE I – Cronograma e Guia Orientador das
Atividades**

NOTA INTRODUTÓRIA

No âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório do 10º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Saúde Infantil e Pediatria foi elaborado o presente Guia Orientador das Atividades de Estágio que teve como desígnio servir de suporte e orientação das atividades a desenvolver nos diferentes contextos de estágio, potenciando o desenvolvimento de competências que contribuam para a otimização da saúde da criança/jovem e sua família.

A temática comum em todo o percurso de estágio centra-se na **Gestão diferenciada da dor relacionada com procedimentos no Recém-Nascido Pré-Termo: Contributos do Enfermeiro.**

Os efeitos da dor são potencialmente nocivos para o desenvolvimento da criança, funcionando como um *stressor* que pode ter consequências fisiológicas e comportamentais a curto e longo prazo (Batalha, 2007). Na atualidade, a evidência científica demonstra que a criança/jovem, não só sente dor como é hiperálgica quando comparada com o adulto, sobretudo o RNPT pela imaturidade do sistema nervoso.

Segundo Barros, (2010) a dor relacionada com procedimentos diz respeito a uma dor aguda que termina com o fim do procedimento. Por ser o tipo de dor mais frequente em crianças hospitalizadas, torna-se fundamental delinear estratégias para o seu controlo, prevenindo as suas consequências a curto e longo prazo como: a ansiedade prévia perante novos procedimentos, alteração da sensibilidade à dor, fobias associadas à hospitalização a agulhas (Barros, 2010).

Ao EEESIP compete a gestão diferenciada da dor (Regulamento nº 422/2018 de 12 de Junho de 2018) recorrendo a meios para avaliar e intervir adequadamente. Batalha (2007) aponta para um ainda inadequado tratamento da dor, apesar do aumento da formação realizada nesse âmbito para colmatar as lacunas de conhecimento dos profissionais.

Este Guia Orientador encontra-se organizado em nota introdutória, seguidamente do cronograma de estágio e por último são apresentadas as competências a desenvolver, os objetivos gerais e específicos para cada campo de estágio e as atividades planeadas.

[illegible]

Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (Regulamento nº 422/2018)
E3 - Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem

Objetivos Gerais - Desenvolver competências de EEESIP em resposta às necessidades do ciclo de vida, de desenvolvimento e dos processos de saúde-doença em diferentes contextos de cuidados.

Objetivos Específicos - Promover o desenvolvimento da criança, jovem e família;
Comunicar com a criança, jovem e família de forma adequada ao seu estágio de desenvolvimento.

Atividades Propostas	Local de Estágio	Indicadores de Avaliação	Competências a atingir
<p>a) Identificação de aspetos de organização e funcionamento do serviço (consulta de normas, instruções de trabalho e outros documentos relevantes da instituição e serviço);</p> <p>b) Identificação dos referenciais e modelos de intervenção que orientam a prática, identificando princípios dos cuidados da enfermagem pediátrica (CCF/CNT);</p> <p>c) Identificação de stressores que representem limitações/barreiras de comunicação da criança, refletindo em conjunto com a EEESIP na identificação dos mesmos;</p> <p>d) Promoção dos cuidados em parceria e envolvimento dos pais nos cuidados, através do incentivo da sua presença;</p> <p>e) Participação no processo de apoio prestado à família pelo EEESIP;</p>	Centro de Reabilitação de Paralisia Cerebral	- Relatório Final.	<p>Unidade de Competência CEE D2 - D2.1</p> <p>Unidade de Competências EEESIP E1- E1.1 E3 - E3.1. E3.3.</p>

Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (Regulamento nº 422/2018)
E2. Cuida da criança/jovem família em situação de especial complexidade

Objetivos Gerais - Desenvolver competências para a prestação de cuidados na gestão diferenciada da dor relacionada com os procedimentos na criança e jovem:

Objetivos Específicos - Desenvolver práticas de cuidados na avaliação e controlo da dor relacionada com procedimentos na criança e jovem em diferentes contextos de cuidados;

Atividades Propostas	Local de Estágio	Indicadores de Avaliação	Competências a atingir
a) Revisão da literatura em bases de dados nacionais e internacionais sobre gestão da dor procedimental no recém-nascido, criança e jovem; b) Prestação de cuidados com recurso a orientações antecipatórias dirigidas aos pais sobre gestão da dor; c) Colaboração com o EEESIP na prestação de cuidados à criança/jovem e família com recurso a técnicas adequadas à idade, à deficiência e à cultura; d) Realização da avaliação da dor antes, durante e após o procedimento; e) Reconhecimento do contributo do EEESIP no desenvolvimento de boas práticas, nomeadamente no âmbito da avaliação das necessidades da criança e do jovem com paralisia cerebral; f) Colaboração com o EEESIP no âmbito da gestão diferenciada da dor nas crianças/jovens com paralisia cerebral;	Centro de Reabilitação de Paralisia Cerebral	- Documentos elaborados; - Relatório Final.	Unidade de Competência CEE D2 - D2.1 Unidade de Competências EEESIP E2 – E2.2. E2.4. E2.5.

<p>g) Colaboração com o EEESIP na prestação de cuidados selecionando as intervenções não farmacológicas sensoriais e cognitivo-comportamentais mais adequadas;</p> <p>h) Identificação do diagnóstico de situação da equipa, em conjunto com a Enfermeira orientadora, sobre a necessidade de aprofundamento da temática “Gestão da dor na criança com Paralisia Cerebral”;</p>			
---	--	--	--

Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (Regulamento nº 422/2018)
E3 - Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem

Objetivos Gerais - Desenvolver competências de EEESIP em resposta às necessidades do ciclo de vida, de desenvolvimento e dos processos de saúde-doença em diferentes contextos de cuidados.

Objetivos Específicos - Promover o desenvolvimento da criança, jovem e família;

Atividades Propostas	Local de Estágio	Indicadores de Avaliação	Competências a atingir
a) Caracterização de aspetos de organização e funcionamento do serviço (consulta de normas, instruções de trabalho e outros documentos relevantes da instituição e serviço); b) Caracterização dos referenciais e modelos de intervenção que orientam a prática, identificando princípios dos cuidados da enfermagem pediátrica (CCF/CNT); c) Caracterização de stressores que representem limitações/barreiras de comunicação da criança e sua família aquando a sua ida à Urgência Pediátrica, refletindo em conjunto com a EEESIP na identificação dos mesmos; d) Prestação de cuidados de enfermagem em contexto de urgência pediátrica: triagem, sala de tratamentos, sala de observação e reanimação; e) Promoção dos CCF com particular enfoque no respeito e dignidade, parceria e informação partilhada; f) Reflexão sobre os cuidados prestados à família e criança, em situações de maior complexidade.	Urgência Pediátrica	- Jornal de Aprendizagem - Relatório Final.	Unidade de Competência CEE D2 - D2.1 Unidade de Competências EEESIP E3 - E3.1. E3.2. E3.3.

Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (Regulamento nº 422/2018)
E3 - Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem

Objetivos Gerais - Desenvolver competências de EEESIP em resposta às necessidades do ciclo de vida, de desenvolvimento e dos processos de saúde-doença em diferentes contextos de cuidados.

Objetivos Específicos - Comunicar com a criança, jovem e família de forma adequada ao seu estágio de desenvolvimento.

Atividades Propostas	Local de Estágio	Indicadores de Avaliação	Competências a atingir
a) Observação das estratégias utilizadas pela enfermeira orientadora na comunicação com a criança e família; b) Mobilização de estratégias de comunicação para capacitar e informar a criança e família na gestão da dor e stress em contexto de urgência.	Urgência Pediátrica	- Relatório Final.	Unidade de Competência CEE D2 - D2.1 Unidade de Competências EEESIP E1.1 E3.3.

Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (Regulamento nº 422/2018)
E2. Cuida da criança/jovem família em situação de especial complexidade

Objetivos Gerais - Desenvolver competências para a prestação de cuidados na gestão diferenciada da dor relacionada com os procedimentos na criança e jovem:

Objetivos Específicos - Desenvolver práticas de cuidados na avaliação e controlo da dor relacionada com procedimentos na criança e jovem em diferentes contextos de cuidados;

Atividades Propostas	Local de Estágio	Indicadores de Avaliação	Competências a atingir
<p>a) Revisão da literatura em bases de dados nacionais e internacionais sobre gestão da dor procedimental na criança e jovem;</p> <p>b) Avaliação do sistema familiar, de modo a encontrar fontes de stress, nomeadamente de dor, que possam interferir com o bem-estar da criança, do jovem e da família;</p> <p>c) Prestação de cuidados com recurso a orientações antecipatórias dirigidas aos pais sobre gestão da dor (preparar, informar e instruir os pais sobre a sua conduta durante o procedimento, de modo a potenciar o seu apoio à criança);</p> <p>d) Gestão da dor no recém-nascido, criança/jovem e família com recurso a técnicas adequadas à idade e estágio de desenvolvimento e à cultura, nomeadamente através do brincar terapêutico e musicoterapia;</p> <p>e) Realização da avaliação da dor antes, durante e após o procedimento;</p>	Urgência Pediátrica	<p>- Jornal de Aprendizagem</p> <p>- Relatório Final.</p>	<p>Unidade de Competência CEE D2 - D2.1</p> <p>Unidade de Competências EEESIP E2 – E2.1. E2.2. E2.4 E2.5.</p>

<p>f) Colaboração com o EEESIP na prestação de cuidados de acordo com a situação clínica e estágio de desenvolvimento da criança e do jovem (preparar e informar previamente as crianças e adolescentes acerca dos procedimentos utilizando linguagem e estratégias adequadas ao seu desenvolvimento cognitivo);</p> <p>g) Reflexão sobre o contributo do EEESIP no desenvolvimento de boas práticas, nomeadamente no âmbito da avaliação e gestão da dor da criança/jovem e família em contexto de Urgência pediátrica;</p> <p>h) Colaboração com EEESIP na prestação de cuidados selecionando as intervenções não farmacológicas sensoriais e cognitivo-comportamentais mais adequadas;</p> <p>i) Avaliação do sistema familiar, de modo a encontrar fontes de stress, nomeadamente de dor, que possam interferir com o bem-estar da criança, do jovem e da família;</p>			
--	--	--	--

Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (Regulamento nº 422/2018)
E3 - Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem

Objetivos Gerais - Desenvolver competências de EEESIP em resposta às necessidades do ciclo de vida, de desenvolvimento e dos processos de saúde-doença em diferentes contextos de cuidados.

Objetivos Específicos - Promover o desenvolvimento da criança, jovem e família;

Atividades Propostas	Local de Estágio	Indicadores de Avaliação	Competências a atingir
a) Caracterização de aspetos de organização e funcionamento do serviço (consulta de normas, instruções de trabalho e outros documentos relevantes da instituição e serviço); b) Caracterização dos referenciais e modelos de intervenção que orientam a prática, identificando princípios dos cuidados da enfermagem pediátrica (CCF/CNT); c) Caracterização de <i>stressores</i> que representem limitações/barreiras de comunicação da criança e sua família durante o internamento, refletindo em conjunto com a EEESIP na identificação dos mesmos; d) Prestação de cuidados de enfermagem em internamento de pediatria; e) Promoção dos CCF com particular enfoque no respeito e dignidade, parceria e informação partilhada;	Internamento de Pediatria	- Relatório Final.	Unidade de Competência CEE D2 - D2.1 Unidade de Competências EEESIP E3 - E3.1. E3.2. E3.3.

Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (Regulamento nº 422/2018)
E3 - Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem

Objetivos Gerais - Desenvolver competências de EEESIP em resposta às necessidades do ciclo de vida, de desenvolvimento e dos processos de saúde-doença em diferentes contextos de cuidados.

Objetivos Específicos - Comunicar com a criança, jovem e família de forma adequada ao seu estágio de desenvolvimento.

Atividades Propostas	Local de Estágio	Indicadores de Avaliação	Competências a atingir
a) Observação das estratégias utilizadas pela enfermeira orientadora na comunicação com a criança e família; b) Mobilização de estratégias de comunicação para capacitar e informar a criança e família na gestão da dor e stress em contexto de internamento.	Internamento de Pediatria	- Relatório Final.	Unidade de Competência CEE D2 - D2.1 Unidade de Competências EEESIP E1.1 E3.3.

Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (Regulamento nº 422/2018)
E2. Cuida da criança/jovem família em situação de especial complexidade

Objetivos Gerais - Desenvolver competências para a prestação de cuidados na gestão diferenciada da dor relacionada com os procedimentos na criança e jovem:

Objetivos Específicos - Desenvolver práticas de cuidados na avaliação e controlo da dor relacionada com procedimentos na criança e jovem em diferentes contextos de cuidados.

Atividades Propostas	Local de Estágio	Indicadores de Avaliação	Competências a atingir
<p>a) Revisão da literatura em bases de dados nacionais e internacionais sobre gestão da dor procedimental na criança e jovem;</p> <p>b) Avaliação do sistema familiar, de modo a encontrar fontes de stress, nomeadamente de dor, que possam interferir com o bem-estar da criança, do jovem e da família;</p> <p>c) Prestação de cuidados com recurso a orientações antecipatórias dirigidas aos pais sobre gestão da dor (preparar, informar e instruir os pais sobre a sua conduta durante o procedimento, de modo a potenciar o seu apoio à criança);</p> <p>d) Gestão da dor no recém-nascido, criança/jovem e família com recurso a técnicas adequadas à idade e estágio de desenvolvimento e à cultura, nomeadamente através do brincar terapêutico e musicoterapia;</p> <p>e) Realização da avaliação da dor antes, durante e após o procedimento;</p>	Internamento de Pediatria	<p>- Formação em Equipa</p> <p>- Relatório Final.</p>	<p>Unidade de Competência CEE D2 - D2.1</p> <p>Unidade de Competências EEESIP E2 – E2.2. E2.4. E2.5</p>

<p>f) Colaboração com o EEESIP na prestação de cuidados de acordo com a situação clínica e estágio de desenvolvimento da criança e do jovem (preparar e informar previamente as crianças e adolescentes acerca dos procedimentos utilizando linguagem e estratégias adequadas ao seu desenvolvimento cognitivo);</p> <p>g) Reflexão sobre o contributo do EEESIP no desenvolvimento de boas práticas, nomeadamente no âmbito da gestão da dor e avaliação das necessidades da criança e do jovem em contexto de internamento;</p> <p>h) Colaboração com EEESIP na prestação de cuidados selecionando as intervenções não farmacológicas sensoriais e cognitivo-comportamentais mais adequadas;</p> <p>i) Avaliação do sistema familiar, de modo a encontrar fontes de <i>stress</i>, nomeadamente de dor, que possam interferir com o bem-estar do recém-nascido, criança, do jovem e da família;</p> <p>j) Realização de uma formação em serviço tendo em conta as necessidades do serviço e a temática do projeto.</p>			
--	--	--	--

Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (Regulamento nº 422/2018)
E3 - Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem

Objetivos Gerais - Desenvolver competências de Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica em resposta às necessidades do ciclo de vida, de desenvolvimento e dos processos de saúde-doença em diferentes contextos de cuidados.

Objetivos Específicos - Promover o desenvolvimento da criança, jovem e família.

Atividades Propostas	Local de Estágio	Indicadores de Avaliação	Competências a atingir
a) Caracterização de aspetos de organização e funcionamento do serviço (consulta de normas, instruções de trabalho e outros documentos relevantes da instituição e serviço); b) Conhecer a articulação da USF Eça de Queirós com outras unidades/serviços e instituições de saúde; c) Caracterização dos referenciais e modelos de intervenção que orientam a prática, identificando princípios dos cuidados da enfermagem pediátrica (CCF/CNT); d) Caracterizar intervenções, estratégias e instrumentos de avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil; e) Transmite orientações antecipatórias às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infanto-juvenil; f) Prestação de cuidados de enfermagem em parceria com a enfermeira de família, promovendo CCF com particular enfoque no respeito e dignidade, parceria e informação partilhada;	USF	- Estudo de Caso - Relatório Final.	Unidade de Competência CEE D2 - D2.1 Unidade de Competências EEESIP E3 - E3.1. E3.2. E3.3. E3.4.

<p>g) Reflexão sobre os cuidados prestados à família e criança, em contexto de USF pelo EEESIP.</p>			
---	--	--	--

Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (Regulamento nº 422/2018)
E3 - Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem

Objetivos Gerais - Desenvolver competências de EEESIP em resposta às necessidades do ciclo de vida, de desenvolvimento e dos processos de saúde-doença em diferentes contextos de cuidados.

Objetivos Específicos - Comunicar com a criança, jovem e família de forma adequada ao seu estágio de desenvolvimento.

Atividades Propostas	Local de Estágio	Indicadores de Avaliação	Competências a atingir
<p>a) Observação das estratégias utilizadas pela enfermeira orientadora na comunicação com a criança e família no âmbito dos cuidados de saúde primários;</p> <p>b) Prestação de cuidados à criança/jovem e à família utilizando técnicas de comunicação apropriadas à idade e estágio de desenvolvimento e à cultura, nomeadamente através do brincar terapêutico;</p> <p>c) Mobilização de estratégias de comunicação para capacitar e informar a criança e família na gestão da dor e stress em contexto de cuidados de saúde primários.</p>	USF	- Relatório Final.	<p>Unidade de Competência CEE D2 - D2.1</p> <p>Unidade de Competências EEESIP E1.1 E3 - E3.1. E3.3</p>

<p>Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (Regulamento nº 422/2018)</p> <p>E1. Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde</p> <p>E2. Cuida da criança/jovem família em situação de especial complexidade</p>			
<p>Objetivos Gerais - Desenvolver competências para a prestação de cuidados na gestão diferenciada da dor relacionada com os procedimentos na criança e jovem:</p>			
<p>Objetivos Específicos - Desenvolver práticas de cuidados na avaliação e controlo da dor relacionada com procedimentos na criança e jovem em diferentes contextos de cuidados.</p>			
Atividades Propostas	Local de Estágio	Indicadores de Avaliação	Competências a atingir
<p>a) Revisão da literatura em bases de dados nacionais e internacionais sobre gestão da dor procedimental na criança e jovem;</p> <p>b) Avaliação do sistema familiar, de modo a encontrar fontes de stress, nomeadamente de dor, que possam interferir com o bem-estar da criança, do jovem e da família;</p> <p>c) Prestação de cuidados com recurso a orientações antecipatórias dirigidas aos pais sobre gestão da dor (preparar, informar e instruir os pais sobre a sua conduta durante o procedimento, de modo a potenciar o seu apoio à criança);</p> <p>d) Gestão da dor no recém-nascido, criança/jovem e família com recurso a técnicas adequadas à idade e estágio de desenvolvimento e à cultura, nomeadamente através do brincar terapêutico e musicoterapia;</p> <p>e) Realização da avaliação da dor antes, durante e após o procedimento;</p>	USF	<p>- Norma de Procedimento</p> <p>- Relatório Final.</p>	<p>Unidade de Competência CEE</p> <p>D2 - D2.1</p> <p>Unidade de Competências EEESIP</p> <p>E1.1.</p> <p>E1.2</p> <p>E2.2</p> <p>E2.3</p> <p>E2.4</p> <p>E2.5</p>

<p>f) Colaboração com o EEESIP na prestação de cuidados de acordo o estágio de desenvolvimento da criança e do jovem (preparar e informar previamente as crianças e adolescentes acerca dos procedimentos utilizando linguagem e estratégias adequadas ao seu desenvolvimento cognitivo);</p> <p>g) Reflexão sobre o contributo do EEESIP no desenvolvimento de boas práticas, nomeadamente no âmbito da gestão da dor e avaliação das necessidades da criança e do jovem em contexto de cuidados de saúde primários;</p> <p>h) Colaboração com EEESIP na prestação de cuidados seleccionando as intervenções não farmacológicas sensoriais e cognitivo-comportamentais mais adequadas;</p> <p>i) Avaliação do sistema familiar, de modo a encontrar fontes de <i>stress</i>, nomeadamente de dor, que possam interferir com o bem-estar da criança, do jovem e da família;</p> <p>j) Realizar um estudo caso.</p> <p>k) Realização de uma norma de procedimento – Realização do teste de Guthrie.</p>			
--	--	--	--

Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (Regulamento nº 422/2018)
E3 - Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem

Objetivos Gerais - Desenvolver competências de EEESIP em resposta às necessidades do ciclo de vida, de desenvolvimento e dos processos de saúde-doença em diferentes contextos de cuidados.

Objetivos Específicos - Promover o desenvolvimento do recém-nascido pré-termo e família;

Atividades Propostas	Local de Estágio	Indicadores de Avaliação	Competências a atingir
a) Caracterização dos referenciais e modelos de intervenção que orientam a prática, identificando princípios dos cuidados da enfermagem pediátrica (CCF/CNT); b) Promoção dos CCF com particular enfoque no respeito e dignidade, parceria e informação partilhada; c) Participação na orientação antecipatória às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infantil; d) Identificação das estratégias de intervenção face aos recém-nascidos com desvios do crescimento e desenvolvimento; e) Identificação dos recursos da comunidade e respetiva articulação entre estes;	Unidade de Neonatologia	- Relatório Final.	Unidade de Competência CEE D2 - D2.1 Unidade de Competências EEESIP E3 - E3.1. E3.2. E3.3.

Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (Regulamento nº 422/2018)
E3 - Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem

Objetivos Gerais - Desenvolver competências de EEESIP em resposta às necessidades do ciclo de vida, de desenvolvimento e dos processos de saúde-doença em diferentes contextos de cuidados.

Objetivos Específicos - Comunicar com a criança, jovem e família de forma adequada ao seu estágio de desenvolvimento.

Atividades Propostas	Local de Estágio	Indicadores de Avaliação	Competências a atingir
a) Observação das estratégias utilizadas pela enfermeira orientadora na comunicação com o Recém-nascido e família; b) Observação e participação nos cuidados promotores da capacitação parental e vinculação; c) Promoção do acolhimento das famílias na unidade de neonatologia – Guia de acolhimento do serviço; d) Promoção da escuta ativa na equipa de enfermagem; e) Mobilização de estratégias de comunicação para capacitar e informar a família na gestão da dor e stress na unidade de neonatologia; f) Participação nos cuidados de enfermagem ao recém-nascido em situações de especial complexidade, sujeitos a diferentes fatores de stress, fornecendo informação às famílias sobre os procedimentos realizados ou a realizar.	Unidade de Neonatologia	- Norma de Procedimento - Relatório Final.	Unidade de Competência CEE D2 - D2.1 Unidade de Competências EEESIP E3.3.

Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (Regulamento nº 422/2018)
E2. Cuida da criança/jovem família em situação de especial complexidade

Objetivos Gerais - Desenvolver competências para a prestação de cuidados na gestão diferenciada da dor relacionada com os procedimentos no recém-nascido, criança e jovem:

Objetivos Específicos - Desenvolver práticas de cuidados na avaliação e controlo da dor relacionada com procedimentos na criança e jovem em diferentes contextos de cuidados

Atividades Propostas	Local de Estágio	Indicadores de Avaliação	Competências a atingir
<p>a) Revisão da literatura em bases de dados nacionais e internacionais sobre gestão da dor procedimental no recém-nascido;</p> <p>b) Avaliação do sistema familiar, de modo a encontrar fontes de stress, nomeadamente de dor, que possam interferir com o bem-estar do recém-nascido e da família;</p> <p>c) Prestação de cuidados com recurso a orientações antecipatórias dirigidas aos pais sobre gestão da dor (preparar, informar e instruir os pais sobre a sua conduta durante o procedimento, de modo a promover a capacitação parental nos cuidados);</p> <p>d) Gestão da dor no recém-nascido e família com recurso a técnicas adequadas ao estágio de desenvolvimento e à cultura, nomeadamente gerir os estímulos ambientais e mobilizar intervenções sensoriais ou não farmacológicas;</p> <p>e) Realização da avaliação da dor antes, durante e após o procedimento;</p>	Unidade de Neonatologia	- Relatório Final.	<p>Unidade de Competência CEE D2 - D2.1</p> <p>Unidade de Competências EEESIP E2 – E2.1. E2.2. E2.4.</p>

f) Reflexão sobre o contributo do EEESIP no desenvolvimento de boas práticas, nomeadamente no âmbito da gestão da dor na unidade de neonatologia;			
--	--	--	--

Competências Comuns de Enfermeiro Especialista (Regulamento nº 140/2019)
B2 – Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua.

Objetivos Gerais - Desenvolver competências para a prestação de cuidados na gestão diferenciada da dor relacionada com os procedimentos na criança e jovem:

Objetivos Específicos – Elaborar uma proposta para a melhoria contínua dos cuidados na gestão da dor relacionada com os procedimentos no recém-nascido pré-termo.

Atividades Propostas	Local de Estágio	Indicadores de Avaliação	Competências a atingir
a) Identificação das necessidades formativas e oportunidades de melhoria contínua para a gestão da dor relacionada com os procedimentos no recém-nascido pré-termo; b) Elaboração de três propostas de normas de procedimento: - “Monitorização da dor através da escala de EDIN”; - “Gestão da sacarose oral”; - “Capacitação parental no cuidado ao RNPT - Estratégias para alívio da dor” c) Discussão das propostas de norma de procedimentos com a enfermeira coordenadora da Unidade de Neonatologia; d) Implementação das normas de procedimentos na Unidade de Neonatologia (se possível) e) Elaboração da proposta de um projeto de melhoria contínua dos cuidados de enfermagem f) Discussão da proposta do projeto de melhoria contínua para a gestão da dor relacionada com os procedimentos no recém-nascido pré-termo, com a enfermeira coordenadora da Unidade de Neonatologia; g) Agendamento da formação em diferentes datas, de acordo com a disponibilidade dos enfermeiros;	Unidade de Neonatologia	- Normas de procedimento - Guia orientador da prática de cuidados - Relatório Final.	Unidade de Competência CEE B2.2 B2.3.

<p>h) Avaliação da formação;</p> <p>i) Implementação do projeto de melhoria continua para a gestão da dor relacionada com os procedimentos no recém-nascido pré-termo, na Unidade de Neonatologia (se possível).</p>			
--	--	--	--

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Batalha, L. (2007). Fatores de risco para um controlo inadequado da dor em pediatria. *In Revista de Enfermagem – DOR*. Volume 15. Nº 1. 2007. Página 27-36. ISBN: 0872-4814. Disponível em: https://www.aped-dor.org/images/revista_dor/pdf/2007_01.pdf
- Barros, L. (2010). A dor pediátrica associada a procedimentos médicos: contributos da psicologia pediátrica. *Temas em Psicologia*, 18(2), 295-306. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2010000200005&lng=pt&tlng=pt
- Regulamento n.º 422/2018 (2018). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. *Diário da República II Série*, N.º 133 (12-07-2018) 19192-19194. Disponível em: <https://dre.pt/pesquisa/-/search/115685379/details/normal?l=1>.
- Regulamento n.º 140/2019 (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Ordem dos Enfermeiros, *Diário da República II Série*, N.º 26 (06-02-2019) 4744-4750. Disponível em: <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/119236195/details/normal?l=1.~>

APÊNDICE II – Jornais de Aprendizagem e Estudo de Caso Clínico

10º Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização: Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

Jornal de Aprendizagem

“Comunicar com a criança com paralisia cerebral “

Docente:
Professora Sónia Colaço

Orientador clínico:
EEESIP Fernanda Nunes

Discente:
Patrícia Galego N°8828

Lisboa, 2019

Centro de Paralisia Cerebral: “Técnicas alternativas e aumentativas de comunicação com a criança com paralisia cerebral “

Justificação da atividade

A situação que passarei a descrever está relacionada com a utilização de técnicas de comunicação com a criança com Paralisia Cerebral. A escolha desta situação foi uma opção que me pareceu válida dada a dificuldade que por vezes sinto em compreender e ser compreendida pela criança que cuido diariamente. Neste contexto, o obstáculo na comunicação relaciona-se com a componente fisiológica que impede a criança/jovem de se expressar oralmente de forma clara e perceptível. Com este “Jornal de Aprendizagem” procuro refletir sobre as dificuldades sentidas e encontrar respostas que me permitam alcançar aprendizagens e modificar comportamentos.

Descrição da situação:

A situação que passo a descrever decorreu na primeira semana de estágio, na Unidade de Técnicas Aumentativas e Alternativas de Comunicação.

Nesta Unidade as terapias são realizadas em grupos e de forma individual, de acordo com os objetivos que se pretende atingir.

A B. é uma criança de 7 anos com diagnóstico de paralisia cerebral na sequência de um parto traumático, com hipóxia neonatal e, que iniciou o seu percurso na Unidade há 6 meses.

Os seus pais recorreram ao Centro de forma a proporcionar-lhe algumas terapias que promovessem o seu desenvolvimento, nomeadamente na área da comunicação e da motricidade.

Nesse dia de manhã, a B. chegou ao Centro acompanhada pela mãe, e a terapeuta da fala dirigiu-se até ao átrio para as receber. A criança estava visivelmente alegre e sorridente e, despediu-se rapidamente da mãe e foi acompanhada até à sala onde iríamos ficar durante os 40 minutos de sessão.

A terapeuta da fala começou por perguntar qual a atividade que a B. queria fazer em primeiro lugar, e colocou à sua frente o caderno individual de comunicação que foi organizado para a B. Neste caderno encontram-se agrupadas várias imagens, por categorias (família, atividades de vida diária, amigos, jogos e brinquedos, etc) que permitem à criança comunicar através de códigos simples. A B. desfolhou a página

com bastante dificuldade e com auxílio da terapeuta, mas conseguiu expressar que gostaria de começar por contar a “História dos sete cabritinhos”.

A terapeuta colocou o *Go Talk* (dispositivo digital para comunicação) à sua frente com as imagens representativas da história que estava a contar e a B. foi acompanhando a leitura e selecionando as imagens correspondentes ao que ia ouvindo. Esta atividade não só proporcionou o desenvolvimento da comunicação através das técnicas de comunicação aumentativa, permitindo que a B. se expressasse e participasse na atividade, como também permitiu o desenvolvimento da motricidade global e fina.

Quando terminou de contar a história, a B. dirigiu o olhar e tentou apontar, mas com dificuldade, para o seu caderno individual. A terapeuta perguntou-lhe se queria falar sobre algum assunto específico e a criança emitiu o som que “sim”. Através das várias imagens presentes no caderno tentámos encontrar o símbolo que a B. procurava mas não conseguimos. Foi visível a expressão de tristeza e talvez frustração da B. pela incapacidade em comunicar a sua mensagem. Quando a sessão terminou, a terapeuta explicou à mãe que tinha corrido tudo de forma linear, com a exceção da parte final em que a B. não tinha conseguido comunicar de forma eficaz algo que era importante para ela e que, por esse motivo, tinha ficado triste. A mãe lembrou-se que no dia anterior a B. tinha iniciado adaptação ao meio aquático no clube perto da sua residência e que essa atividade lhe tinha proporcionado muita alegria, relaxamento e satisfação e talvez fosse esse acontecimento que queria partilhar. Ao ouvir a mãe a falar deste assunto a B. sorriu de imediato para a terapeuta. Nesse momento ficámos a perceber que por ser uma atividade muito recente no dia-a-dia da B. o símbolo da natação ainda não constava no livro e dessa forma a criança não conseguiria comunicar essa atividade.

Pensamentos e sentimentos:

A comunicação com crianças com necessidades complexas nesta área sempre foi um desafio para mim enquanto profissional de saúde, dada a angústia e frustração que por vezes sinto perante os obstáculos que se apresentam.

No Centro de Paralisia Cerebral descobri que existem técnicas diferenciadas de comunicação, técnicas aumentativas e alternativas de comunicação, que nos permitem comunicar de forma simples, clara e acessível, atividades tão simples como as atividades de vida diária: ir à escola, tomar banho, beber água, comer, etc. Ao ter conhecimento destas técnicas de comunicação, fiquei a pensar: como seria o dia-a-

dia de crianças com necessidades complexas de comunicação na escola, sem estes meios de comunicação? Como seria realizado um trabalho para o desenvolvimento cognitivo? Como se sentem as crianças quando estão privadas destas técnicas de comunicação? Pensei ainda como poderia o meio hospitalar adaptar-se para comunicar com as crianças com limitações na comunicação.

Esta situação em particular permitiu-me observar e comprovar que a intervenção na área da comunicação é fundamental para o crescimento e desenvolvimento infantil adequado. Através da terapeuta da fala percebi que em apenas 6 meses, a B. conseguiu adquirir competências que já lhe permitiam comunicar de forma mais eficaz do que quando chegou ao Centro. Conseguia por exemplo pedir para ir à casa de banho, que foi uma grande conquista porque inicialmente a B. ainda usava fralda durante as sessões. Possibilitou-me também estar mais desperta para a importância que o caderno individual de comunicação pode ter durante a hospitalização da criança e família, desde a triagem realizada em contexto de urgência, como durante o internamento, na preparação para uma cirurgia, e na alta clínica.

Estas conquistas fazem com que sinta coragem para continuar a investir nesta área, e valorizá-la ainda mais, acreditando que podemos fazer a diferença na vida de uma criança e da sua família quando comunicamos de forma eficaz, e que, acima de tudo, não nos podemos esquecer que é um direito humano que devemos respeitar e ver cumprido.

Por outro lado, fico triste ao perceber que algumas destas técnicas alternativas e aumentativas de comunicação como o *Go Talk*, implicam disponibilidade financeira das famílias e do sistema educativo, e por vezes é um processo moroso até à aquisição do material.

Análise e avaliação da situação:

Considerarei esta situação como uma oportunidade relevante de reflexão sobre as técnicas de comunicação alternativas e aumentativas observadas durante o percurso de estágio, que podem ser um importante recurso quando cuidamos da criança com défice comunicacional, e particularmente a criança com paralisia cerebral.

Phaneuf (2005) diz-nos que “a comunicação é uma ferramenta de base para a instauração de uma relação de ajuda, modalidade importante de intervenção em cuidados de saúde” (p. 15).

No caso da criança com paralisia cerebral, com limitações neuromotoras extensas, cujo défice de comunicação pode ser grave, é necessário recorrer a sistemas de símbolos e gestos como alternativa à palavra falada (Bryant, 2014).

Sharpe e Hemsley (2016) sugerem que os hospitais adquiram e disponibilizem aos profissionais de saúde, sistemas alternativos e aumentativos de comunicação, nomeadamente computadores e *tablets* com programas adaptados e que seja realizada formação de forma a tornar viável a sua utilização.

Um estudo realizado por Hemsley et al. (2014) sobre a perceção da equipa de saúde acerca do uso de tecnologias de apoio na comunicação com crianças com paralisia cerebral, em contexto hospitalar, demonstrou que os enfermeiros mencionam que houve uma melhoria significativa na comunicação com estas crianças, permitindo-lhes mais facilmente transmitir as suas necessidades, partilhar informações e assumir uma participação mais ativa no processo terapêutico. Os mesmos autores concluíram ainda que estas medidas foram determinantes para a diminuição da ansiedade e do *stress* das crianças e das suas famílias durante a hospitalização, nomeadamente, por lhes ter sido simplificada a forma de comunicar a sua dor ou desconforto.

A dor em crianças e jovens com paralisia cerebral é comum, e alguns estudos sugerem uma prevalência de 74 % (Ostojic et al., 2018). É fundamental que sejamos capazes de prevenir, avaliar e controlar efetivamente a dor, diminuindo o impacto negativo que a dor tem na sua qualidade de vida. No entanto, a gestão da dor em crianças e jovens com paralisia cerebral pode ser complexa.

Existem vários fatores que contribuem para que assim seja, nomeadamente a comunicação comprometida pode torná-lo desafiador para identificar a presença e localização da dor. As terapias usadas no tratamento de paralisia cerebral podem também ser uma causa de dor, incluindo a fisioterapia, terapia ocupacional e a administração intramuscular da toxina botulínica (Ostojic et al., 2018). Todas estas intervenções são realizadas no Centro.

O facto da equipa multidisciplinar, inclusivamente a equipa de enfermagem, estar “familiarizada” com os meios aumentativos e alternativos de comunicação, levou-me a perceber a sua importância, reconhecer e integrar na minha prática de cuidados.

Resta-me ainda referir que em todas as terapias que observei durante o período de estágio, foi visível a preocupação de todos os profissionais, em compreenderem e serem compreendidos. Em todas as salas e no refeitório, existia não só o caderno individual de comunicação de cada criança, que as acompanha durante o tempo da

sessão, como ainda existia um caderno de comunicação “universal”, para aquelas crianças cujo caderno se encontrava em processo de construção.

Por tudo isto, considero que seria importante investir nos recursos materiais e na formação dos profissionais, de forma a colmatar a clivagem que ainda parece existir, entre o que é desejável e o que está disponível desde os cuidados de saúde primários à hospitalização.

Conclusão e planeamento:

Vários autores, através dos estudos realizados, comprovam que as técnicas aumentativas e alternativas de comunicação com a criança com paralisia cerebral são um importante recurso para os profissionais de saúde no processo de cuidar.

De acordo com o Modelo de Sistemas de Betty Neuman, com o recurso às diferentes técnicas de comunicação aumentativa e alternativa estamos a fortalecer a linha flexível de defesa da criança e da sua família, diminuindo o impacto que o stressor exerce (Neuman & Fawcett, 2011). Quer isto dizer que, após reconhecer e identificar as limitações de comunicação que a criança apresenta, traduziu-se em aprendizagens úteis impulsionando-me a encontrar estratégias e recursos tais como: caderno de comunicação, o Go Talk e os meios audiovisuais, e integrando-os na minha prática profissional. Senti-me mais capacidade para realizar uma comunicação eficaz ajudando-me a ultrapassar as minhas angústias e frustrações.

Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, maximiza o bem-estar da criança/jovem e garante processos de cuidados promotores das suas capacidades de autocuidado, constituindo-se como elementos importantes a prescrição de intervenções de enfermagem face aos problemas identificados, problemas relacionados com o risco em saúde infantil, que afetam o saudável crescimento e desenvolvimento da criança com paralisia cerebral (Regulamento n.º 351/2015 de 22 de Junho). De acordo com o perfil de competências comuns do Enfermeiro Especialista- A2. Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro).

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura (E3.3) e promove a adaptação da criança/jovem e família à incapacidade/deficiência (E2.5) (Regulamento n.º 422/2018 de 12 de julho).

A situação vivenciada permitiu-me desenvolver um pensamento crítico sobre o tema em causa, e apropriar-me de técnicas de comunicação que me garantam mais autonomia nos cuidados futuros à criança e sua família.

Referências bibliográficas

- Bryant, . (2014). *Apreciação e Gestão da Dor na Criança*. In M. Hockenberry & D. Wilson (Eds). *Wong: Enfermagem da Criança e do Adolescente*. (188-239). Loures: Lusociência.
- Hemsley B., Lee S., Munro K., Seedat N., Bastock K., & Davidson B. (2014). *Views of allied health and nursing staff on communication with children with cerebral palsy and complex communication needs in hospital*. *Developmental Neurorehabilitation*, 17, 156-66.
- Neuman, B., & Fawcett, J. (2011). *The Neuman Systems Model (5ª ed.)*. Boston: Pearson.
- Ostojic, K. et al., (2018). Ostojic, K., Paget, S. P., & Morrow, A. M. (2018). *Management of pain in children and adolescents with cerebral palsy: a systematic review*. *Developmental Medicine & Child Neurology*. doi:10.1111/dmcn.14088.
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.
- Regulamento n.º 351/2015 de 22 de Junho (2015). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, aprovado pela Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República II série*, N.º119 (22-06-2015) 16660–16665. Disponível em: https://dre.pt/pesquisa/-/search/67552235/details/maximized?print_preview=print-preview&perPage=100&q=Lei+n.%C2%BA%2010%2F97%2Fen/en.
- Regulamento n.º 422/2018 (2018). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. *Diário da República II Série*, N.º 133 (12-07-2018) 19192-19194. Disponível em: <https://dre.pt/pesquisa/-/search/115685379/details/normal?l=1>.
- Regulamento n.º 140/2019 (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Ordem dos Enfermeiros, *Diário da República II Série*, N.º26 (06-02-2019) 4744-4750. Disponível em: <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/119236195/details/normal?l=1>.
- Sharpe, B., & Hemsley, B. (2016). *Improving nurse–patient communication with patients with communication impairments: hospital nurses' views on the 71 feasibility of using mobile communication technologies*. *Applied Nursing Research*; 30, 228-236.

**10º Curso de Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização: Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria**

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

Jornal de Aprendizagem

**“Gestão diferenciada da dor no Serviço de Urgência
Pediátrica”**

Docente:
Professora Sónia Colaço

Orientador clínico:
EEESIP Paula Fortes

Discente:
Patrícia Galego Nº8828

Lisboa, 2019

Serviço de Urgência Pediátrica - “Gestão diferenciada da dor no Serviço de Urgência Pediátrica”

Justificação da atividade

A reflexão que passarei a apresentar encontra-se relacionada com a temática da gestão da dor na criança/jovem, vivenciada durante o percurso de estágio no Serviço de Urgência Pediátrica. Considerei pertinente desenvolver um processo reflexivo dada a ansiedade e o medo que sinto, em momentos de grande afluência, para conseguir dar resposta à realização de procedimentos sem descuidar das medidas de controlo da dor que vão ao encontro dos cuidados não traumáticos.

Este “Jornal de Aprendizagem” pretende levar-me a refletir sobre as minhas inseguranças em situação de cuidados complexos no contexto de urgência, adquirindo aprendizagens que permitam responder perante novos desafios.

Descrição da situação:

A situação que passo a descrever decorreu na segunda semana de estágio, na sala de observação do Serviço de Urgência Pediátrica, durante uma manhã muito agitada, em que o rácio de enfermeiros por turno não correspondia ao recomendado e a afluência de crianças ao serviço foi intensa.

Uma criança, com 10 dias de vida, vinha no sistema de retenção de transporte, acompanhada pela mãe, e ao ser observada na triagem estava hipotónica, adormecida, ictérica, com a fontanela anterior deprimida e com perda ponderal de 14,5% relativamente ao peso de nascimento.

A mãe referiu que há dois dias que sente muita dificuldade em amamentar a bebé e que a nota “mais mole e sempre a dormir” (SIC). Seguidamente, foi observada pelo pediatra de serviço que decide internamento de curta duração na sala de observação e faz a prescrição de colheitas de sangue e administração de soroterapia.

Ainda no gabinete médico, foi explicado à mãe a necessidade da bebé ficar internada pelo menos 24H para vigilância e aumento do peso, tendo sido ainda informada da possibilidade de ficar sempre um dos pais a acompanhar a bebé, podendo alternar entre eles até determinada hora, de acordo com as regras do serviço. A mãe ficou inconsolável, muito assustada, confusa e verbalizou que se sentia culpabilizada pela situação de saúde atual da recém-nascida.

Observei a enfermeira enquanto explicava à mãe quais os procedimentos que iriam ser necessários naquele momento, e que a bebé poderia ficar ao seu colo

enquanto era puncionada. A mãe referiu agradecimentos constantes, e referiu também que ao ser-lhe permitido colocar a bebé nos braços, proporcionando-lhe conforto naquele momento, o que a deixava mais tranquila e segura. Para além do colo materno e do *swaddling* como forma de contenção, foi oferecida sucção não nutritiva com chucha e sacarose a 24%. O procedimento decorreu sem intercorrências, foi realizada colheita de sangue, colocado acesso venoso periférico e soroterapia em curso.

Pensamentos e sentimentos:

A situação em causa permitiu-me refletir sobre a abordagem naquela situação. Perante este caso, coloquei-me várias questões, tais como: o que faria diferente? De que forma o poderia fazer? O que senti perante esta forma de cuidar?

A situação que vivenciei fez-me reconhecer que é possível realizar procedimentos invasivos em contexto de urgência pediátrica, com uma gestão adequada da dor, nomeadamente através de medidas não farmacológicas para controlo da dor e proporcionando à família um cuidado humanizado. Inevitavelmente, acabei por comparar situações semelhantes já observadas durante a minha prática profissional, em que perante o cenário de caos em termos de afluência, tal como estava a acontecer nesse dia, a abordagem foi antagónica.

Vários pensamentos foram surgindo e lembro-me de ter sentido empatia, identificação profissional e admiração com a abordagem adotada, no momento em que a enfermeira revelou preocupação em tranquilizar a mãe, envolvendo-a nos cuidados, demonstrando a importância da sua presença naquele momento, através do seu colo e aconchego. Foi evidente que a mãe experienciou a valorização das competências maternas e, ao mesmo tempo, preocupação pela gestão da dor do seu bebé. Foi ainda visível o recurso a várias medidas não farmacológicas para controlo da dor do bebé durante os procedimentos invasivos. Nutri igualmente admiração, por testemunhar a dedicação no ato de cuidar e perceber que nós enfermeiros conseguimos fazer a diferença na vida das pessoas de quem cuidamos, e influenciar positivamente a sua forma de viver a hospitalização.

Análise e avaliação da situação:

Esta situação foi considerada como uma oportunidade de reflexão sobre a gestão diferenciada da dor no contexto de urgência pediátrica, nomeadamente sobre os métodos farmacológicos e não farmacológicos existentes no serviço, assim como

sobre os recomendados de acordo com a evidência científica, e ainda sobre a relevância dos cuidados não traumáticos, numa lógica de cuidados centrados na família.

A **dor** é um fenómeno multidimensional e complexo. A Direção Geral de Saúde (DGS), descreve a dor como “um sintoma que acompanha, de forma transversal, a generalidade das situações patológicas que requerem cuidados de saúde (...)” e que “(...) o controlo eficaz da dor é um dever dos profissionais de saúde, um direito dos doentes que dela padecem e um passo fundamental para a efectiva humanização das Unidades de Saúde” (DGS, 2003, p.1).

Nos últimos anos, a dor sentida pelo recém-nascido durante procedimentos dolorosos, tem sido objeto de estudo de vários autores, não só pelo risco de possíveis alterações neurológicas, como também pelas consequências que as experiências dolorosas produzem no desenvolvimento infantil.

Neste sentido, desde 2012 a Direção Geral de Saúde emitiu orientações técnicas sobre o controlo da dor em recém-nascidos, designadamente que a avaliação da dor deve ser realizada antes, durante e depois do procedimento doloroso, de forma a adaptar as intervenções à avaliação realizada, e sugere intervenções sensoriais ou não farmacológicas adequadas em procedimentos *minor* (DGS, 2012), tais como amamentação, leite materno, sucção não nutritiva, posicionamento e contenção (Stevens, B. et al, 2016; Motta & Cunha, 2014; Jacob, 2014; DGS, 2012).

A avaliação da dor na criança pré-verbal não é tarefa fácil, principalmente no caso dos recém-nascidos em que o discurso está ausente e apenas podemos recorrer a escalas de heteroavaliação, como a NIPS que nos permite avaliar expressões faciais, movimentos corporais, o choro, o padrão respiratório e o estado de alerta (Jacob, 2014; DGS, 2012). Na situação que descrevo foi possível observar o registo da avaliação feita através desta escala, antes, durante e depois de iniciar o procedimento, conforme recomendado pelas orientações da DGS (2012).

Assim, antes de iniciar o procedimento, a mãe foi encaminhada para a sala de observação onde foram realizados os procedimentos invasivos e onde a criança ficou internada durante 24H. Foi-lhe sugerido que ficasse sentada na cadeira com o bebé no colo ou a amamentá-lo, de forma a promover o alívio da dor durante os procedimentos dolorosos.

Vários estudos realizados com bebés de termo demonstraram que a amamentação é uma medida eficaz para o controlo da dor, reduzindo o tempo de choro e o score de dor nas escalas de avaliação (Shah, P. et al, 2012; DGS, 2012).

No entanto, não foi possível adaptar o bebê na mama porque permanecia adormecido, sem esboçar interesse, sem reflexos de busca presentes e portanto optou-se por contê-lo com uma manta e colocar a chucha com sacarose a 24%. O bebê iniciou a sucção não nutritiva e manteve-se tranquilo.

Vários autores incluíram 74 estudos com 7049 recém-nascidos para avaliarem o efeito da sacarose a 24% com sucção não nutritiva com chucha, e encontraram evidência de qualidade na utilização dessas medidas de conforto para o alívio da dor aquando da punção do calcanhar e da punção venosa, nomeadamente para colheitas de sangue ou colocação de cateter venoso periférico (Stevens, B. et al, 2016; DGS, 2012). Através da administração da sacarose a 24% com a sucção não nutritiva na língua do bebê, cerca de 2 minutos antes do procedimento, faz com que sejam libertados opióides endógenos, que têm propriedades analgésicas intrínsecas que promovem o bloqueio dos recetores da dor. Conseguimos desta forma, diminuir o tempo de choro, estabilizar a frequência cardíaca e minimizar a expressão facial de dor (Motta & Cunha, 2014).

A contenção do bebê com a manta, permitindo as mãos junto à boca, promove a estabilidade fisiológica e comportamental, levando a que apresentem períodos de choro mais reduzidos, expressão facial e padrão cardiorrespiratório mais controlado (Motta & Cunha, 2014). Com este posicionamento, é enviado ao sistema nervoso central um fluxo contínuo de estímulos que conseguem competir com os estímulos dolorosos, alterando a percepção da dor e ajudando na autorregulação (Motta & Cunha, 2014).

A admiração que senti pela enfermeira que prestava cuidados àquela família, prende-se não só pela sua preocupação em prestar cuidados centrados na criança ao avaliar a sua dor e em implementar medidas para gestão da dor e conforto mas também pela preocupação constante com a mãe de forma a tornar aquele momento o menos desconfortável possível. Logo na triagem, a enfermeira dirigiu-se à mãe falando-lhe num tom de voz calmo e tranquilo, pois percebendo a sua inquietação face ao estado de saúde da bebé, quis tranquiliza-la e transmitir-lhe confiança. De acordo com Fernandes (2012) é fundamentalmente que nesta primeira interação com a criança e com os pais seja possível estabelecer um contacto acolhedor, demonstrando disponibilidade para responder às questões e preocupações sentidas naquele momento. Segundo o mesmo autor, esta abordagem poderá favorecer a relação terapêutica e consequentemente a prestação de cuidados.

A sala de observação não era muito ampla e a privacidade entre os utentes nem sempre era a desejável, no entanto, a enfermeira procurou acolher aquela família interagindo com a mãe através de uma atitude positiva e com humor, defendida por Diogo (2015) como uma forma de minimizar o desconforto. Naquele momento foi importante observar a preocupação genuína em promover um ambiente que favorecesse os pais como cuidadores ativos, que é descrita por Sanders, 2014, como premissa fundamental nos cuidados de enfermagem à criança hospitalizada. Sanders (2014) reforça a importância do papel do enfermeiro ao incluir os pais no plano de cuidados, fazendo-os acreditar que estão a cooperar no processo de recuperação do seu filho e desta forma permitir-lhes que façam uma melhor gestão das suas emoções. Resta-me ainda referir que houve a preocupação em preparar a família para os procedimentos a realizar, dando informações concretas e simples e permitindo o esclarecimento de dúvidas e expressão de sentimentos, que Diogo (2015) designa de estratégias de gestão emocional de antecipação.

Após a análise da situação vivenciada e descrita, considero que em nada alteraria o modo de abordagem.

Conclusão e planeamento:

A evidência científica demonstra que existem diferentes intervenções de enfermagem face à gestão diferenciada da dor na criança submetida a procedimentos invasivos, através de medidas sensoriais ou não farmacológicas (DGS, 2012), nomeadamente a amamentação, a sucção não nutritiva, a sacarose 24% e a contenção. Esta forma de intervenção, baseada no Modelo de Sistema de Betty Neuman permite-nos identificar quais os estímulos geradores de *stress*, nomeadamente a dor, propondo estratégias de intervenção que reforcem a linha flexível de defesa da criança, designadamente através das medidas não farmacológicas para controlo da dor (Neuman & Fawcett, 2011)

Ao Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria, cabe a responsabilidade pela formação contínua sobre os recursos e estratégias a utilizar, de modo a proporcionar à criança e família um tratamento diferenciado da dor, como preconizado no Programa Nacional para a Prevenção e Controlo da Dor (DGS, 2017).

Desta forma, o Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria deve recorrer ao modelo conceptual centrado na criança e na família, através de um trabalho de parceria, baseado na prestação de cuidados de nível avançado, com segurança e competência, designadamente no cuidar da criança/jovem e família nas

situações de especial complexidade (Regulamento nº 422/2018 de 12 de julho de 2018). É do desígnio do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria, fazer “a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas- E2.2.2. Garante a gestão de medidas farmacológicas de combate à dor; E2.2.3. Aplica conhecimentos e habilidades em terapias não farmacológicas para o alívio da dor”; “ E3.3.1. Demonstra conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com a criança/jovem e família; E3.4.1. Facilita a comunicação expressiva de emoções” (Regulamento nº 422/2018 de 12 de julho de 2018). O nível de perito implica a disseminação e desenvolvimento de investigação relevante e pertinente, que admita o avanço e melhoria, de forma contínua e consistente da prática de enfermagem (Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro de 2019).

Após vivenciar esta situação, percebi que a ansiedade e o medo inicial são legítimos em situações que não dominamos pela falta de controlo. Refletir e reconhecer esta ausência de controlo impeliu-me a encontrar estratégias nomeadamente escalas de avaliação de dor e intervenções não farmacológicas adequadas, integrando estas novas aprendizagens na minha prática quotidiana.

Referências Bibliográficas

- Diogo, P. (2015). *Trabalho com as emoções em Enfermagem Pediátrica: Um processo de metamorfose da experiência emocional no ato de cuidar* (2º ed.). Loures: Lusodidacta.
- Diogo, P., Vilelas, J., Rodrigues, L., Almeida, T. (2016). *Os medos das crianças em contexto de urgência pediátrica: enfermeiro enquanto gestor emocional. Pensar Enfermagem*, 20(2), 26–47.
- Disponível em: http://pensarenfermagem.esel.pt/files/Doc2_26_47.pdf
- Direção Geral de Saúde. (2003) *Circular Normativa n.º 09/ DGCG: A Dor como 5º Sinal Vital* -Registo sistemático da intensidade da Dor. DGS, Lisboa.
- Direção- Geral de Saúde (2012). *Orientações Técnicas sobre o Controlo da Dor nos Recém-Nascidos. Orientação nº 024/2012*. Lisboa: Direção Geral de Saúde.
- Disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0242012-de-18122012-png.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. [DGS]. (2017). *Programa Nacional para a Prevenção e Controlo da Dor*. Lisboa: Direção Geral de Saúde. Disponível em em 20/10/2018.
- Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-para-a-prevencao-e-controlo-da-dor-pdf.aspx>.
- Fernandes, D. (2012). *O atendimento à criança na Urgência Pediátrica*. Acedido.
- Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/madeira/informacao/Documents/Artigos/Enfermeiros/O atendimento à criança na Urgência Pediátrica, Dino Fernandes Enfermeiro EESIP.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/madeira/informacao/Documents/Artigos/Enfermeiros/O%20atendimento%20%C3%A0%20crian%C3%A7a%20na%20Urg%C3%ancia%20Pedi%C3%A1trica,%20Dino%20Fernandes%20Enfermeiro%20EESIP.pdf).
- Jacob, E. (2014). *Apreciação e Gestão da Dor na Criança*. In M. Hockenberry & D. Wilson (Eds). *Wong: Enfermagem da Criança e do Adolescente*. (188-239). Loures: Lusociência.
- Motta, G. & Cunha, M. (2015). *Prevention and Non. Pharmacological Management of Pain inNewborns*. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2015. Jan-Fev; 68 (1):131-5. <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2015680118p>
- Neuman, B., & Fawcett, J. (2011). *The Neuman Systems Model* (5ª ed.). Boston: Pearson.

- Regulamento n.º 351/2015 de 22 de Junho (2015). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, aprovado pela Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República II série*, N.º119 (22-06-2015) 16660–16665. Disponível em: https://dre.pt/pesquisa/-/search/67552235/details/maximized?print_preview=print-preview&perPage=100&q=Lei+n.%C2%BA%2010%2F97%2Fen/en.
- Regulamento n.º 422/2018 (2018). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. *Diário da República II Série*, N.º 133 (12-07-2018) 19192-19194. Disponível em: <https://dre.pt/pesquisa/-/search/115685379/details/normal?l=1>.
- Regulamento n.º 140/2019 (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Ordem dos Enfermeiros, *Diário da República II Série*, N.º26 (06-02-2019) 4744-4750. Disponível em: <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/119236195/details/normal?l=1>.
- Sanders, J. (2014). *Cuidados Centrados na Família em Situações de Doença e Hospitalização*. In M. Hockenberry & D. Wilson (Eds). *Wong: Enfermagem da Criança e do Adolescente*. (1025-1060). Loures: Lusociência.
- Shah PS, Herbozo C, Aliwalas LL, Shah VS. *Breastfeeding or breast milk for procedural pain in neonates*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 12. Art. No.: CD004950. DOI: 10.1002/14651858.CD004950.pub3.
- Stevens, B., Yamada, J., Ohlsson, A., Haliburton, S., Shorkey, A. *Sucrose for analgesia in newborn infants undergoing painful procedures*. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2016, Issue 7. Ar. No: CD001069. Doi: 10.1002/14651858.CD001069.pub5.



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

**10º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM NA ÁREA DE
ESPECIALIDADE EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA**

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

Ano Letivo 2019/2020

ESTUDO DE CASO CLÍNICO

Docente orientadora: Professora Sónia Colaço

Discente:

Patrícia Cortinhal Galego Nº 8828

Orientadora Clínica:

EEESIP Lúvia Henriques

Dezembro, 2019

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	3
1. METODOLOGIA	4
2. COLHEITA DE DADOS	5
3. CATEGORIZAÇÃO DOS DADOS	8
4. DIAGNÓSTICO E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	10
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	15
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	17

INTRODUÇÃO

No contexto do estudo científico do desenvolvimento, o estudo de caso é um dos quatro modelos básicos de pesquisa de desenvolvimento, que permite o exame de um indivíduo, que oferece informações úteis e minuciosas (Paplaia, Olds, & Fieldman, 2009), motivo pelo qual foi considerado neste processo formativo. Permite igualmente explicar as origens dos comportamentos, testar intervenções e sugerir a necessidade de outras pesquisas, sendo a fiabilidade uma das suas vantagens, permitindo ao investigador explorar caminhos de pesquisa que surgem no decorrer do estudo (Paplaia et al., 2009).

O objetivo deste estudo caso é identificar as necessidades da criança e família a partir do sistema criança-família nas cinco variáveis que o constituem e os *stressores* presentes. Procura-se elaborar um plano de cuidados onde se procure responder de forma individualizada para promover a homeostasia e o bem-estar. Pretende-se a reflexão sobre as aprendizagens realizadas neste trabalho e identificação das intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria (EEESIP) na promoção do crescimento e desenvolvimento infantil, através de orientação antecipatória às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infantojuvenil (Regulamento nº 422/2018 de 12 de julho) ao nível dos cuidados de saúde primários.

Com base no quadro de referência de Betty Neuman pretende-se apreciar as intervenções e estratégias adotadas pelo EEESIP na promoção do desenvolvimento infantil identificando as necessidades da família atendendo aos *stressores* presentes, e posteriormente refletir sobre esta avaliação.

Este estudo caso encontra-se estruturado em introdução, seguido da metodologia

1. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de caso único, descritivo, holístico, com abordagem qualitativa, clínico com base no Modelo de Sistemas de Betty Neuman.

Na seleção da família, foram definidos como critérios de inclusão ser lactente e que frequentasse a USF em causa no período no qual decorreu o estágio curricular.

Para a recolha de dados, recorreu-se a fontes documentais, como os registos clínicos disponíveis, a entrevista aos pais, a observação da criança, exame físico com recurso à somatometria e Escala de Desenvolvimento de *Mery Sheridan* modificada.

A recolha dos dados foi realizada num único momento, no âmbito de uma consulta de enfermagem de saúde infantil programada na USF, no dia 9 de Dezembro de 2019. Os dados recolhidos foram analisados e organizados a partir da identificação dos *stressores* intrapessoais, interpessoais e extrapessoais, como proposto pelo Modelo de Sistemas de Betty Neuman, e a partir destes, foram identificados os diagnósticos de enfermagem.

A identificação dos diagnósticos, o planeamento das intervenções e os resultados esperados, foram concretizados segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2011).

O papel do investigador no estudo foi de observação participante.

A família selecionada foi informada do âmbito e objetivos do estudo, acedendo o seu consentimento oral, livre e esclarecido.

2. COLHEITA DE DADOS

Identificação da criança:

Nome: T. C.
DN:31/05/2019
Sexo: Feminino
IG: 32 semanas+ 2 dias
PN: 1925 Gr.
Tipo de Parto: Distócico por Cesariana por apresentação pélvica (Diabetes Gestacional)
IA: 8/9/9
Vigilância da Gravidez: Todas as consultas realizadas no Hospital Privado em Lisboa
Intercorrências no nascimento: Prematuridade, Dificuldade alimentar e Hipoglicémia

Tabela 1 – Identificação da criança

Antecedentes maternos:

Idade: 36 anos
IO: 1001
Antecedentes Pessoais: Nega
Alergias: Desconhece
Gravidez desejada: Sim
Patologias: Diabetes Gestacional
Escolaridade: Licenciatura
Profissão: Gestora
Situação Profissional: Ativa
Nacionalidade: Portuguesa
Religião: Católica

Tabela 2 – Antecedentes maternos

Antecedentes paternos:

Idade: 42 anos
Nº de filhos vivos: 1
Antecedentes Pessoais: Nega
Alergias: Desconhece
Gravidez desejada: Sim
Escolaridade: Licenciatura
Profissão: Gestor
Situação Profissional: Ativa
Nacionalidade: Portuguesa
Religião: Católica

Tabela 3 – Antecedentes paternos

<u>Suporte Familiar:</u>

Avós maternos que residem perto do casal.

Tabela 4 – Suporte familiar

<u>Exame Objetivo</u>

Idade Cronológica: 6 M+10 d

Idade Corrigida: 4M+21d

Peso: 8140 Gr. (P85)

PC: 44.5 cm (P85)

Estatura: 66 (P50)

PNV: atualizado

Alimentação: Faz alimentação diversificada com sopa, legumes, papa, iogurte e leite materno.
--

Sono e Repouso: Dorme em cama de grades num quarto individual. Acorda uma vez para mamar mas volta a adormecer. Sono tranquilo.

Eliminação: Vesical e intestinal regular.

Integração educativa: Frequenta a creche desde os 5 meses. Bem integrada.

Vigilância de Saúde: Realiza a vigilância na USF e Pediatra particular.

Terapias: Terapia ocupacional particular.

Desenvolvimento: Recurso à Escala de Desenvolvimento de Mery Sheridan Modificada
--

Tabela 5 – Exame objetivo

Escala de Desenvolvimento de Mery Sheridan Modificada

1. Postura e Motricidade Global – Em decúbito ventral faz apoio nos antebraços. Faz força para se sentar, com tração nas mãos. Mantém-se sentada sem apoio durante poucos segundos. Em decúbito dorsal, apresenta uma postura simétrica, membros com movimentos ritmados. Ligeira hipertonía a nível da cintura escapular à direita. Em suspensão ventral, a cabeça encontra-se acima da linha do corpo. Segura de pé, dobra os joelhos e tenta suportar algum peso nos pés.
2. Visão e Motricidade Fina – Mãos abertas, junta-as na linha média e brinca com elas. Segura a roca por breves instantes e move-a em direção à face, já com tentativa de transferência de objeto. Faz preensão voluntária do objeto. Faz pestanejo de defesa, em aproximação rápida de um objeto à sobancelha. Apresenta convergência ocular, ao aproximar lentamente e na vertical, um objeto ou face humana. Quando está no colo, olha em redor e fica atenta às expressões faciais do rosto humano. Segue objetos que se encontram a 20 cm.
3. Audição e Linguagem – Emite gargalhadas, vocaliza sons monossílabos. Atende e volta-se para o local onde se emitem sons. Grita quando tem fome. Vocaliza quando está satisfeita.
4. Comportamento e adaptação social – Ativa, curiosa e atenta a estímulos sonoros e luminosos. Apresenta sorriso e movimentos de excitação em resposta a situações familiares (ex. reage aos mimos dos pais). Responde positivamente durante a interação. Brinca com o corpo e objetos com as mãos.

3. CATEGORIZAÇÃO DOS DADOS

Os dados colhidos foram categorizados em variáveis segundo o Modelo de Sistemas de Betty Neuman, conforme consta na Tabela:

Variáveis	Criança	Família
Fisiológicas	<ul style="list-style-type: none"> Idade Cronológica: 6 M+10 d Idade Corrigida: 4M+21d Sexo feminino Peso: 8140 Gr. Prematuridade Dificuldade alimentar Hipoglicémia Sono tranquilo durante a noite (acorda uma vez para mamar) Eliminação vesical e intestinal regular 	<ul style="list-style-type: none"> Mãe com 36 anos Diabetes gestacional Pai com 42 anos Ambos saudáveis
Psicológicas	<ul style="list-style-type: none"> Boa interação pais-bebé Temperamento fácil Ativa, curiosa e atenta 	<ul style="list-style-type: none"> Impacto do nascimento prematuro da filha Impacto da hospitalização após nascimento
Socioculturais	<ul style="list-style-type: none"> Nacionalidade portuguesa Vive com os pais 	<ul style="list-style-type: none"> Suporte familiar Profissionalmente ativos Trabalham ambos mais de 50 horas semanais
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> Adequado desenvolvimento estatoponderal Adequado desenvolvimento psicomotor com ligeira hipertonia da cintura escapular à direita 	<ul style="list-style-type: none"> Transição para a parentalidade
Espirituais		<ul style="list-style-type: none"> Religião católica

Tabela 6 - Categorização dos dados colhidos em variáveis segundo o Modelo de Sistemas de Betty Neuman

A categorização dos dados, permitiu-me identificar alguns *stressores*, estímulos produtores de *stress*, que de acordo com Betty Neuman podem ser interpessoais, intrapessoais e extrapessoais (Neuman & Fawcett, 2011). Estes estímulos que induzem *stress*, podem ser limitativos do desenvolvimento da criança.

- 1. Intrapessoais:** Prematuridade; dificuldade alimentar; hipoglicémia; ligeira hipertonia nos membros inferiores.
- 2. Interpessoais:** Mãe primípara; diabetes gestacional e parto distócico por apresentação pélvica.
- 3. Extrapessoais:** Internamento durante 15 dias na Unidade de Neonatologia de um Hospital privado; Fisioterapia uma vez por semana.

Foram identificados alguns fatores de proteção que incluem variáveis biopsicossociais favoráveis ao desenvolvimento individual e social, diminuindo o impacto dos stressores.

Fatores de proteção identificados na criança: Adequada interação pais-bebé; Temperamento fácil; Comportamento ativo, atento e curioso; Adequado desenvolvimento global de acordo com a idade corrigida.

Fatores de proteção identificados na família: Capacitação parental; Rede de suporte familiar; Organização familiar; Capacidade para aceder aos serviços de apoio públicos e privados.

4. DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

A relação entre pais e filhos aos 4 meses de idade (Idade corrigida) é agradável e gratificante. O bebê já tem a capacidade de sorrir e rir, incentivando os pais a conversarem e brincarem com ele. As pistas previsíveis do bebê são atendidas com respostas adequadas e previsíveis dos pais, promovendo a confiança mútua (Bright Futures Guidelines for Health Supervision of Infants, Children, and Adolescents, 2017).

Na perspectiva do Modelo de Intervenção Sistémico de Desenvolvimento Infantil de Brazelton, os *Touchpoints* são períodos nos primeiros três anos de vida durante os quais os saltos no desenvolvimento das crianças resultam numa rutura acentuada no sistema familiar. Treze *touchpoints* foram observados nos três primeiros anos, começando na gravidez. O seu foco são temas de cuidados que verdadeiramente são importantes para os pais. A percepção desses *touchpoints* e das estratégias para lidar com eles pode ajudar a reduzir padrões negativos que poderiam, de outro modo, resultar em problemas nas áreas do sono, alimentação, etc. Juntos, profissionais e pais podem descobrir temas que se repetem e estratégias para negociar desafios futuros. Para bebês com 4 meses pode-se prever uma “explosão” na consciência cognitiva do ambiente. Poderá ser difícil alimentar o bebê porque é esperado que pare de comer e olhe à sua volta para prestar atenção a cada estímulo do ambiente. Pode também acordar mais vezes durante a noite. Contudo é fundamental que os profissionais expliquem aos pais que este é um marco rápido mas importante no desenvolvimento do seu bebê, desresponsabilizando-os de alguma falha (Brazelton, 2009).

Desta forma, as orientações antecipatórias servem como diálogo, como uma discussão partilhada, com foco nos sentimentos e reações dos pais face aos novos desafios.

Este modelo considera que aos 4 meses existem 5 marcos neste *Touchpoint*: **vinculação** (estão a formar-se vínculos emocionais fortes entre o bebê e os pais através de padrões de interação mais definidos e previsíveis); **Interesse no mundo** (o bebê começa a dirigir a atenção para fora. Começa a desenvolver interesse pelo mundo exterior); **padrões de cuidados** (as rotinas de cuidados estão definidas. As rotinas de alimentação e sono estão a tornar-se mais previsíveis); **exigências do bebê** (a criança exige mais atenção, podem satisfazer o desejo de relação com os pais ou frustrá-los quando não consegue satisfazer essa necessidade); **envolvimento do pai** (os pais conseguem mais oportunidades para comunicar com a criança visto

esta estar mais comunicativa, as mães podem sentir perda de intimidade) (Brazelton, 2009).

Ainda com a preocupação das orientações antecipatórias como estratégia no cuidado à criança, a Academia Americana de Pediatria através das *Guidelines* emitidas em 2017, transmite-nos que a prioridade será ouvir os pais e colmatar as suas preocupações. Além disso consideram pertinente abordar temas como determinantes sociais de saúde (risco ambiental); comportamento e desenvolvimento infantil (auto-regulação da criança, comunicação entre os pais e a criança, rotinas diárias); saúde oral (saúde oral materna, dentição e baba, evitar biberão na cama); nutrição e alimentação (orientações gerais sobre diversificação alimentar, orientações sobre a amamentação e leite adaptado); segurança (sono seguro, sistema de retenção de transporte, ambiente doméstico seguro).

Considerando que a esfera de ação do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria tem como foco de intervenção a promoção do crescimento e desenvolvimento da criança e do jovem, com orientação antecipatória às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infantil (Regulamento nº 422/2018 de 12 de julho), assim como através dos dados colhidos, estabelece-se o plano de cuidados apresentado seguidamente (Tabela 2), elaborado com base na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) (OE, 2011), Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem (OE, 2007) e Guias Orientadores de Boas Práticas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (2010).

Foco	Diagnóstico	Intervenções	Resultados
Adesão à vacina	<ul style="list-style-type: none"> Potencial para melhorar o conhecimento dos pais sobre a imunização 	<ul style="list-style-type: none"> Avaliar o conhecimento dos pais sobre a imunização infantil; Ensinar os pais sobre o PNV; Ensinar os pais sobre a importância da imunização infantil. 	<ul style="list-style-type: none"> Conhecimento dos pais sobre a imunização infantil. Cumprir o PNV.
Desenvolvimento Infantil	<ul style="list-style-type: none"> Potencial para melhorar o conhecimento dos pais sobre o desenvolvimento infantil 	<ul style="list-style-type: none"> Avaliar o conhecimento dos pais sobre o desenvolvimento infantil; Promover atividades promotoras do desenvolvimento adequado à idade: <ol style="list-style-type: none"> Mobilizar o bebê evitando que esteja demasiado tempo deitado na mesma posição; Procurar levantá-lo devagar pelas mãos, simulando o movimento de sentar; Oferecer objetos para segurar, e colocar objetos pendentes para que possa segui-los; Proporcionar brincadeiras de interação, colocar à frente do espelho e não prevenir situações que lhe causem frustração; Utilizar a mímica facial, cantar e dançar com o bebê ao colo; 	<ul style="list-style-type: none"> Conhecimento dos pais sobre o desenvolvimento infantil; Sem desenvolvimento infantil comprometido.

		6. Incentivar para que produza novos sons pela boca; 7. Não entrar em conflito durante a refeição, que constitui uma oportunidade de interação sem pressão; 8. Oferecer brinquedos apropriados, como uma bola ou cubo de tamanho médio, de cores vivas, para que possa estimulá-la a passar objetos de uma mão para outra; 9. Colocá-lo num tapete adequado para que role e se desloque, dispondo progressivamente os objetos mais longe, permitindo a frustração; 10. Desenvolver um ritual de sono antes de dormir, sem deixar chorar desalmadamente.	
Vinculação	<ul style="list-style-type: none"> • Potencial para melhorar o conhecimento dos pais para promover a vinculação 	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar comportamentos de vinculação adequados à idade da criança; • Avaliar conhecimento dos pais para promover a vinculação; • Desenvolver estratégias com os pais para reforçar a vinculação; • Informar sobre o papel parental. 	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecimento dos pais sobre estratégias para uma vinculação segura; • Sem vinculação comprometida
Precaução de Segurança	<ul style="list-style-type: none"> • Potencial para melhorar o 	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar conhecimento dos pais sobre prevenção de acidentes; 	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecimento dos pais sobre

	conhecimento dos pais sobre a prevenção de acidentes	<ul style="list-style-type: none"> • Desenvolver estratégias juntos dos pais sobre medidas de segurança infantil; • Desenvolver estratégias junto dos pais sobre a prevenção de acidentes. 	prevenção de acidentes e segurança infantil;
--	--	--	--

Tabela 7 – Plano de Cuidados

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração do estudo caso e particularmente o plano de cuidados desenvolvido permitiu-me aprofundar conhecimentos e desenvolver competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria nomeadamente “Prestar cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem” (Regulamento nº 422/2018 de 12 de julho, p. 19194) e das suas famílias. Permitiu-me ainda perceber a importância de adotar referenciais teóricos como o Modelo de Sistemas de Betty Neuman para estruturar o pensamento e fundamentar as minhas intervenções, integrando a filosofia dos cuidados centrados na família e os cuidados não traumáticos.

Durante a consulta de enfermagem que decorreu durante 30 minutos, foi possível a observação da criança ao colo dos pais e a brincar enquanto aplicava a Escala de Desenvolvimento de *Mary Sheridan*, “rentabilizando as oportunidades de aprendizagem, tomando a iniciativa na análise de situações clínicas” (OE, 2019, pág. 4750). A utilização deste instrumento de avaliação na presença dos pais permitiu-me perceber a sua importância para a sua motivação. Percebi que ao integrar os pais nos cuidados, os encorajei a questionarem e participarem na promoção do desenvolvimento infantil, e despertando-os para rastrear sinais de alerta. Esta atividade capacitou-me a estabelecer relações mais estreitas e de confiança com o binómio. Como desafio para outros contextos, levo a necessidade de integração destas aprendizagens na minha prática.

Considerando o *stressor* presente, hipertonia ligeira nos membros inferiores, senti a necessidade de proporcionar orientações antecipatórias como estratégia na promoção do desenvolvimento infantil, perspetivando o equilíbrio familiar. Sendo o desenvolvimento psicomotor um processo dinâmico e contínuo vai apresentar diferentes ritmos de passagem de estágio para estágio, de uma criança para outra (PNSIJ, 2012). A participação na consulta de vigilância de saúde infantil e juvenil compeliu-me a aprofundar conhecimentos teóricos de modo a ancorar a minha prática, criando oportunidades de desenvolver aprendizagens ao nível da comunicação. As técnicas verbais e não-verbais revelaram-se úteis para detetar lacunas nos conhecimentos dos pais e posteriormente transmitir-lhes orientações de forma a potenciar o seu conhecimento sobre o desenvolvimento da criança, prescrever, implementar e avaliar intervenções individualizadas, recorrendo a referenciais teóricos

como o Modelo de Sistemas de Betty Neuman para estruturar o pensamento e fundamentar as minhas intervenções,

O estudo desta criança/família possibilitou-me conhecer as especificidades de um estágio de desenvolvimento diferente daquele em que exerço funções. Foi importante para a minha capacidade de adaptação a uma nova realidade, para a integração de novos instrumentos de avaliação e para compreender a importância dos cuidados prestados pelo EEESIP numa USF integrando a filosofia dos CCF e os CNT.

Podemos considerar uma limitação do estudo, o facto de ter apenas contacto com esta família uma única vez, num curto espaço de tempo, não havendo a possibilidade de realizar o genograma, ecomapa ou um instrumento de avaliação de risco familiar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Academy of Pediatrics. (2017). *Guidelines for Health Supervision of Infants, Children and Adolescents. Bright Futures. 4ª Edition.*
- Brazelton, T. B. & Greenspan, S. L. (2002). *As necessidades essenciais da criança: o que toda a criança precisa para crescer, aprender e se desenvolver.* Porto Alegre: Artmed. ISBN 85-7307-997-5.
- Brazelton, T. B. (2013). *O grande Livro da criança: O desenvolvimento emocional e do comportamento durante os primeiros anos (13ª ed.).* Lisboa: Editorial Presença.
- Direção-Geral da Saúde. (2013). *Norma da Direção- Geral da Saúde nº 10/2013: Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil.* Direção-Geral da Saúde.
- Neuman, B., & Fawcett, J. (2011). *The Neuman Systems Model (5º ed.).* Boston: Pearson.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *CIPE versão2 – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem.* Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Caderno OE. Série 1. Número 3. Volume 3.*
- Papalia, D. E., Olds, S. W., & Friedman, R. D. (2009). *O mundo da criança: da infância à adolescência (17º ed.).* São Paulo: Mc Graw Hill.
- Regulamento n.º 351/2015 de 22 de Junho (2015). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, aprovado pela Ordem dos Enfermeiros. Diário da República II série, N.º119 (22-06-2015) 16660–16665.* Disponível em: https://dre.pt/pesquisa/-/search/67552235/details/maximized?print_preview=print-preview&perPage=100&q=Lei+n.%C2%BA%2010%2F97%2Fen/en.
- Regulamento n.º 422/2018 (2018). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Diário da República II Série, N.º 133 (12-07-2018) 19192-19194.* Disponível em: <https://dre.pt/pesquisa/-/search/115685379/details/normal?l=1>.
- Regulamento n.º 140/2019 (2019). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Ordem dos Enfermeiros, Diário da República II Série, N.º26 (06-02-2019) 4744-4750.* Disponível em: <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/119236195/details/normal?l=1.~>

APÊNDICE III – História de dor no Internamento – Sessão de formação na unidade de internamento de Pediatria



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

10º Curso de Mestrado em Enfermagem

**Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e
Pediatria**

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

Sessão de Formação

“História de dor no internamento de pediatria”

Docente:

Professora Sónia Colaço

Discente:

Patrícia Cortinhal Galego N° 8828

Orientadora Clínica:

EEESIP Teresa Candeias

Lisboa, 2019

ÍNDICE

INTRODUÇÃO

1. JUSTIFICAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO	4
2. PLANEAMENTO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO	5
3. AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO	7
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	8

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

APÊNDICES

APÊNDICE I: Apresentação *Powerpoint* da Sessão de Formação

APÊNDICE II: Questionário da Avaliação da Sessão de Formação

INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório, do 10º Curso de Mestrado em Enfermagem – Área de Especialização de Saúde Infantil e Pediatria surgiu a oportunidade de realizar uma sessão de formação em contexto da prática em internamento, no Serviço de Pediatria. Este plano visa demonstrar a importância da realização da sessão, cujo tema é “História de Dor no Internamento de Pediatria”, demonstrando o seu planeamento e procedendo à avaliação da mesma.

A escolha do tema a abordar nasceu de uma necessidade que me foi expressa pela enfermeira orientadora, após conversa informal da mesma com a enfermeira chefe de serviço. Parte da equipa de enfermagem, como destinatários da sessão de formação, foi também inquirida aproveitando momentos informais, como as passagens de turno, tendo todos dado parecer positivo relativamente à sua pertinência.

A formação em serviço pretende responder às carências formativas da equipa, seja para preencher lacunas de conhecimento ou pela necessidade de follow-up em alguns temas. A formação em serviço está integrada na formação contínua que visa o desenvolvimento pessoal e profissional e que consequentemente possibilita às estruturas organizacionais responderem aos desafios que vão surgindo sistematicamente na procura de otimizar os serviços prestados (Sousa, 2003).

Com base na sugestão da equipa, procuro dar resposta às suas necessidades suportada pela pesquisa de literatura atual.

O presente plano está disposto em quatro capítulos. No primeiro será feita a Justificação da sessão, onde se procura demonstrar a pertinência da mesma. De seguida serão apresentados os objetivos, conteúdos e recursos no Planeamento da sessão. Na Avaliação da mesma, será descrita apreciação da equipa relativamente a este momento. No final, será apresentada a Conclusão, onde será feita uma breve reflexão sobre a eficácia desta sessão.

1. JUSTIFICAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

Quando surgiu a possibilidade de realizar a sessão de formação, a enfermeira orientadora teve o cuidado de me informar que, tendo já abordado o assunto com a enfermeira chefe, seria pertinente a realização de uma formação alusiva ao tema da História da dor. A temática constituía uma necessidade sentida pela equipa e por se enquadrar nos meus objetivos de estágio para o desenvolvimento de competências de EEESIP, a proposta foi por mim aceite com satisfação. Estudos realizados por Batalha (2007) em contexto hospitalar revelam que existe uma diminuição de registos relativos à avaliação de dor e às medidas não farmacológicas utilizadas para o seu controlo, demonstrando que a elaboração da história da dor em pediatria é ainda com pouco prioritária para as equipas de enfermagem. Contrariando um modelo biomédico pretende-se que através da realização da história de dor se identifique estratégias de coping para alívio da dor na criança (Batalha, 2013).

A sessão será realizada numa sala de formação, sendo projetada em tela um documento em *PowerPoint*, de modo a que seja possível fácil acesso visual a toda a plateia. No final será proporcionado um momento de reflexão entre todos os presentes, com o objetivo de analisar as práticas de enfermagem relativas ao tema, e semear no ceio da equipa a vontade de proceder a mudanças e aperfeiçoamentos nas mesmas. De seguida apresentarei o planeamento de sessão onde estão definidos os objetivos gerais e específicos definidos para a sessão.

1. PLANEAMENTO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

Tema: História de dor no internamento de pediatria

Local: Serviço de Pediatria

Duração: 35 minutos

Destinatários: Enfermeiros do serviço de pediatria.

Objetivo Geral: Sensibilizar os enfermeiros para a importância da elaboração da história de dor no internamento de pediatria.

Objetivos Específicos:

- Contextualizar a problemática da dor em pediatria.
- Explicitar os princípios para a realização da História de dor.
- Refletir sobre a pertinência da História de dor, realizada pelo enfermeiro durante o internamento no serviço de pediatria.

Formador: Aluna da EEESIP Patrícia Cortinhal Galego

CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS	MÉTODOS	FORMADOR	RECURSOS	TEMPO
<u>Introdução:</u> Apresentação do tema da sessão e objetivos	Expositivo (Exposição)	Patrícia Galego	Computador e Data Show	1'
<u>Desenvolvimento:</u> 1. Problemática da dor em pediatria 2. Papel do enfermeiro na gestão da dor 3. Princípios da história de dor 4. Reflexão em equipa 5. Considerações Finais	Expositivo Interrogativo Ativo (Exposição, pergunta coletiva e discussão)	Patrícia Galego	Computador e Data Show	3' 4' 4' 15' 1'
<u>Final da sessão</u> Esclarecimento de dúvidas e sugestões	Ativo (Discussão/Reflexão)	Patrícia Galego	Computador e Data Show	7'

Quadro: Distribuição dos conteúdos programáticos do Plano de Sessão da Formação.

3. AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

A estrutura da sessão foi respeitada e cumprida conforme o seu planeamento tanto nos conteúdos como nos recursos. Estiveram presentes 13 enfermeiros o que corresponde a cerca de metade da equipa, devendo-se a ausência dos restantes se encontrarem de folga, férias ou escalados para um turno que tornava impossível a sua presença. Os enfermeiros ausentes tinham verbalizado previamente o seu interesse na formação pelo que foi disponibilizado à enfermeira chefe o documento informático numa *pen drive*.

No final da formação foi solicitado à equipa o preenchimento de um questionário com as opções de avaliação “Discordo Totalmente”, “Discordo”, “Concordo” e “Concordo Totalmente”. A apreciação quanto à pertinência do tema, a ter sido um momento de consolidação de conhecimentos, à mobilização de conhecimentos abordados para a prática de cuidados, à clareza dos conteúdos, ao esclarecimento de dúvidas, à adequação dos meios utilizados e à duração da sessão, a totalidade dos presentes respondeu que “Concorda Totalmente”.

No momento final de reflexão foi sugerido pela equipa a repetição da formação sobre esta temática, de forma a consolidar os conteúdos transmitidos e uniformizar as práticas na equipa de enfermagem.

A partilha de opiniões, bem como os resultados do questionário de avaliação levam-me a concluir que os objetivos planeados foram atingidos.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização da sessão de formação e o seu planeamento contribuiu para o desenvolvimento de competências no domínio da “**Melhoria contínua da qualidade**” ao permitir-me identificar, estabelecer e seleccionar estratégias de melhoria que respondam às necessidades formativas da equipa, liderando o processo de melhoria contínua e incrementando soluções de qualidade (Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro).

A procura de evidência científica para sustentar a elaboração da formação permitiu-me desenvolver conhecimento não só na temática da gestão da dor como também nas temáticas de formação contínua e em serviço.

A formação em serviço deve ser realizada tendo por base as necessidades formativas da equipa. Nesta situação o seu diagnóstico estava previamente efetuado pela chefia do serviço, pelo que me dispensou à realização de questionário e análise dos mesmos. Esta pertinência constatou-se pelo envolvimento de todos os enfermeiros presentes, pelas sugestões fornecidas e pelos resultados do questionário.

Ao nível do domínio do “**Desenvolvimento das aprendizagens pessoais**” (Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro) capacitou-me a atuar como formador em contexto de trabalho, facilitando a aprendizagem da equipa e avaliando o impacto da formação. Visto encarar estes momentos como um fator de *stress* e ansiedade, por serem a maioria dos elementos desconhecidos para mim e porque esta área se distancia da minha “zona de conforto”, esta comunicação oral possibilitou-me aprender a gerir sentimentos e emoções atuando eficazmente sob pressão.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Batalha, L. (2007). Fatores de risco para um controlo inadequado da dor em pediatria. *In* Revista de Enfermagem – DOR. Volume 15. Nº 1. 2007. Página 27-36. ISBN: 0872-4814. Disponível em: https://www.aped-dor.org/images/revista_dor/pdf/2007_01.pdf
- Batalha, L. (2013). Avaliação e controlo da dor em pediatria: uma década. Saúde & Tecnologia. 2013. Suplemento. Página16-21. ISSN: 1646-9704. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/47132011.pdf>
- Dias, J. (2004). Formadores que desempenho? Loures: Lusodidata.
- Regulamento n.º 140/2019 (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Ordem dos Enfermeiros, *Diário da República II Série*, N.º26 (06-02-2019) 4744-4750. Disponível em: <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/119236195/details/normal?l=1.~>
- Sousa, M. F. (2003). *Formação contínua em enfermagem*. Revista Nursing. Lisboa. ISSN 0871-6196. Ano 15, nº 175. Pág. 28-33.

APÊNDICE I: Apresentação *Powerpoint* da Sessão de Formação

ESSEL
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA
1.º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM – ÁREA DE ESPECIALIDADE EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA
Unidade Curricular: Etélogia com Relatório

- Serviço de Pediatria -

Docente: Professora Sónia Colaço
Discente: Patrícia Cortinhal Galego Nº 8828
Orientadora clínica: BEESP Teresa Candeias

26. Novembro de 2019

HISTÓRIA DE DOR NO INTERNAMENTO DE PEDIATRIA




Objetivo Geral

- Sensibilizar os enfermeiros para a importância da elaboração da história de dor no internamento de pediatria.

Objetivos Específicos

- Contextualizar a problemática da dor em pediatria.
- Explicitar os princípios da História de dor.
- Refletir sobre a pertinência da História de dor, realizada pelo enfermeiro durante o internamento no serviço de pediatria.




Problemática da dor em pediatria

"A dor é uma experiência desagradável, associada com lesão tecidual concreta ou potencial, com componentes sensorial, emocional, cognitiva e social." IASP (2016)


A dor em crianças, associada a **procedimentos dolorosos** pode:

Curto prazo	Longo prazo
<ul style="list-style-type: none"> Ansiedade; Comportamentos de fuga; Sintomas somáticos. 	<ul style="list-style-type: none"> Aumento da sensibilidade à dor; Medo; Evitar recorrer a instituições de saúde;



"A dor causada pelos procedimentos pode ter implicações emocionais e psicológicas para a criança". (APED, 2018)

"O que é que as crianças mais receiam quando vão ao hospital ou ao médico? ...as agulhas e as picadelas!!" (APED, 2018)



RESPOSTAS COMPORTAMENTAIS À DOR:


- RECÉM-NASCIDOS:** Expressão facial de desconforto; choro intenso, modificação de comportamento; frequência cardíaca e respiratória aumentada.
- CRIANÇAS 1-3 ANOS:** Choro e gritos; usam palavras para dor (ui, ai, dó!); grande ansiedade; agitação; agressividade; proteção da zona dolorosa.
- CRIANÇAS DE IDADE PRÉ-ESCOLAR (3-6):** conseguem exprimir dor; agitação e agressão física; grande preocupação com perda da parte do corpo; medo de agulhas e procedimentos médicos; apresenta pensamento mágico (dor).
- CRIANÇA EM IDADE ESCOLAR:** conseguem descrever a sua dor; gostam que sejam explicados os procedimentos; imobilidade; rigidez; proteger a área dolorosa; zangados, tristes, agressivos; alteração do padrão de sono.
- ADOLESCENTE:** podem não mostrar comportamentos de dor por vergonha; beneficiam com o ensino de técnicas de controlo da dor.

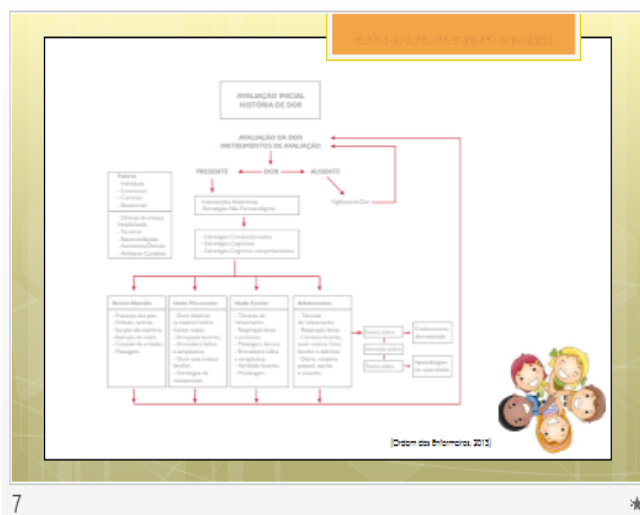


(APED, 2018)

- É consensual que a dor experimentada pela população infantil pode ser percebida e desencadear reações fisiológicas, emocionais e motoras, desde o nascimento ou desde o período inicial da sua trajetória de desenvolvimento (Ordem dos Enfermeiros, 2013).
- À experiência de dor nas crianças estão frequentemente associados o medo e a ansiedade, fatores que dificultam não só a **avaliação da dor** mas também a tomada de decisão dos profissionais de saúde quanto à intervenção.
- É importante que os enfermeiros, em parceria com os pais

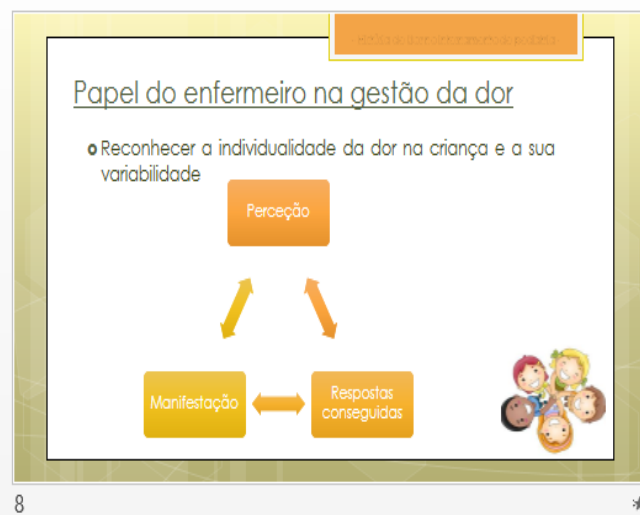
Avaliar → Interpretar → Estado emocional → Intervir





7

★



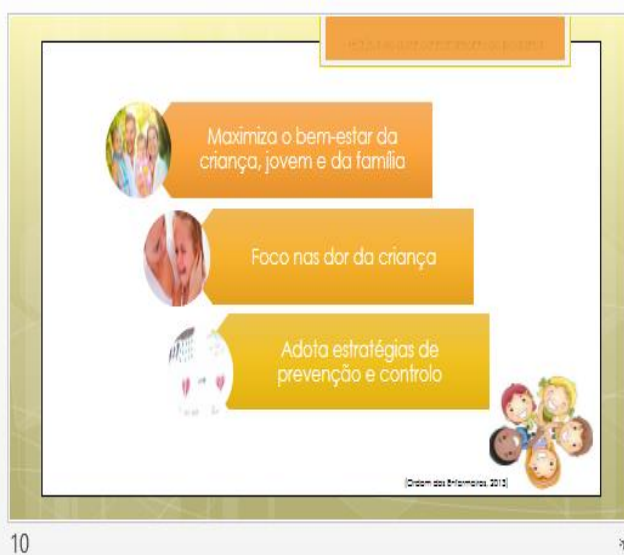
8

★



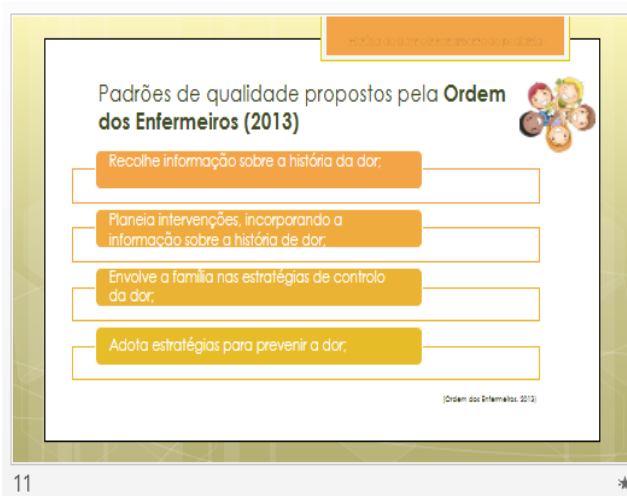
9

★



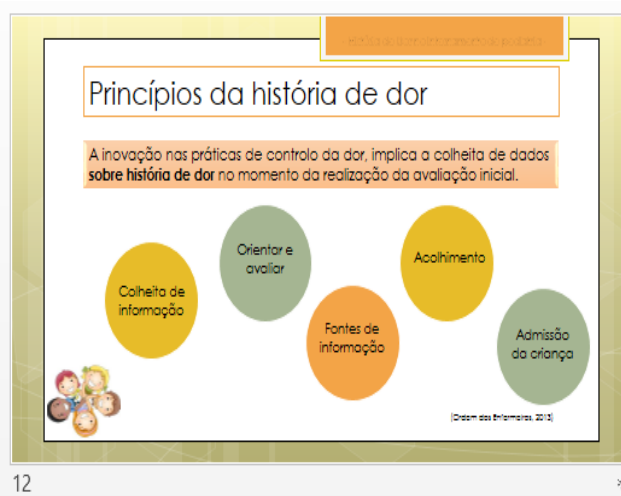
10

★



11

★



12

★

OBJETIVOS DA HISTÓRIA DE DOR

- Permitir a construção do diagnóstico
- Alertar os pais para a avaliação e intervenção na dor
- Obter informações úteis para a prevenção, avaliação e seleção conjunta das estratégias de alívio da dor
- Valorizar o conhecimento que os pais têm acerca da dor do seu filho

(Ordem das Enfermeiras, 2013)

13



Esta entrevista deve ser orientada no sentido de pesquisar:

- Características da dor (localização, intensidade, qualidade, duração, frequência e sintomas associados);
- Fatores de alívio e de agravamento (o que fazem os pais e a criança/adolescente para aliviar a dor);
- Obter informações úteis para a prevenção, avaliação e seleção conjunta das estratégias de alívio da dor;
- Uso e efeito de medidas farmacológicas e não farmacológicas;

(Baralho 2010; Ordem das Enfermeiras, 2013)

14



- Formas de comunicar/expressar a dor (quais as manifestações de dor que a criança/adolescente habitualmente apresenta);
- Experiências anteriores traumatizantes e medos (qual a situação mais dolorosa que já viveu);
- Habilidades e estratégias para enfrentar a dor e outros problemas de saúde;
- Comportamento da criança no ambiente familiar;

(Baralho 2010; Ordem das Enfermeiras, 2013)

15



- Valorizar o conhecimento que os pais têm acerca da dor do seu filho;
- Alertar os pais para a avaliação e intervenção na dor;
- Efeitos da dor na vida diária (se a criança/adolescente tem dor aguda ou crónica, qual o impacto sobre as diversas atividades do dia a dia);
- Impacto emocional e socioeconómico.

(Baralho 2010; Ordem das Enfermeiras, 2013)

16



História da Dor da criança e jovem

Reflexão em equipa

Orientações para a Prescrição

Instrumento disponível no serviço

Equipa de Enfermagem

Vai ao encontro das orientações fornecidas pela ordem das enfermeiras (2013)

Formulário para aplicar aos pais

Formulário para crianças com idade igual ou superior a 5 anos

17



História da Dor da criança e jovem

Orientações para a Prescrição

Permitiu recolher informação sobre história de dor – criança com 7 anos

Forma de comunicar a dor que sente: "tenho uma dor aqui" – aponta para o local.

Experiências anteriores traumatizantes: "Quando tirei sangue no laboratório, tive medo e chorei muito."

Comportamento da criança: "Ficou pálida, nervosa e transpirada, não colaborou..."

Estratégias para controlo da dor: "Dou-lhe colo e beijinhos", "se a dor estiver associada à febre dou-lhe ben-u-ran, massagem, beijinhos e resolve."


18



Plano de intervenção para a dor

Planejar as intervenções, incorporando a informação sobre a história de dor

- Pais envolvidos nos cuidados - presentes durante o procedimento
- Foram explicadas os procedimentos a realizar e as medidas de controlo da dor
- Realizada punção para colocação de CVP, com recurso à aplicação de EMLA e Técnica de distração
- O R. referiu não sentir dor
- "Eu senti medo mas a pomada foi mágica!"
- Cuidados não traumáticos e Cuidados centrados na família



19

★

Plano de intervenção para a dor

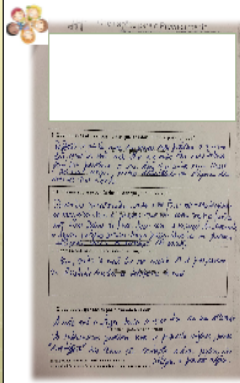
Permitiu recolher informação sobre história de dor - criança com 12 anos

Forma de comunicar a dor que sente: Quando a dor é leve consegue verbalizar à mãe ou pessoa mais próxima, o que sente. Quando a dor é intensa prefere não falar, isola-se.

Experiências anteriores traumatizantes: "Sentiu dor quando foi punccionado". "Sente muitas dores de cabeça desde há vários anos". "Gostava que a enfermeira colocasse a pomada mágica".

Comportamento da criança: "Fica nervoso/ansioso". "Quando picam fica com sensação de braço e mão dormente".

Estratégias para controlo da dor: "Quando picam não choro"




20

★

Plano de intervenção para a dor

Planejar as intervenções, incorporando a informação sobre a história de dor

- Pais envolvidos nos cuidados - presentes durante o procedimento
- Uso de medidas não farmacológicas: técnica de distração; Uso de medidas farmacológicas: ausente
- Dor de cabeça frequente: fatores de alívio e agravamento
- Informações úteis para a prevenção e avaliação da dor
- Estratégias para enfrentar a dor
- Impacto emocional




21

★

Plano de intervenção para a dor

Considerações Finais

- A luta contra a dor na criança deve ser uma prioridade.
- É um indicador da qualidade dos serviços de saúde.
- A dor não tratada tem consequências na vida da criança a curto e longo prazo.
- A história de dor consiste na colheita de informação que permite orientar a avaliação e o controlo da dor.
- É essencial manter a avaliação da história de dor no serviço.



22

★

Plano de intervenção para a dor

Desafios para a discussão :

- Quais são os constrangimentos para a sua elaboração na perspetiva dos enfermeiros?
- Como podem ser ultrapassados?
- Que compromissos podem assumir?


23

★

Plano de intervenção para a dor

Referências Bibliográficas

- APED. Cuidados da minha dor. 1ª Edição 2018. ISBN: 978-989-56122-0-6. Disponível em: <https://www.aped.pt/pt/publicacoes/publicacoes/978-989-56122-0-6/cuidados-da-minha-dor>
- Espirito S. (2016). Dor em Pediatría: compreender para mudar. Lisboa, Ueda
- Direção Geral de Saúde - Orientação n.º14/2010 - Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças
- Direção Geral de Saúde - Orientação n.º22/2012 - Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos)
- Direção Geral de Saúde - Orientação n.º24/2012 - Orientações técnicas sobre o controlo da dor nos recém-nascidos (0 a 28 dias)
- Direção Geral de Saúde (2012). Plano estratégico nacional da prevenção e controlo da dor (PNEPCoD)
- Ordem dos Enfermeiros (2013). Guia Orientador de Boa Prática - Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança. Colecção CE, série 1, n.º 64
- Rodas SP et al. Non-pharmacological management of infant and young child procedural pain. Cochrane Database of Systematic Reviews 2015, issue 12
- Simson J, Yamada J, Dickson A, Lamba J, Stevens B. Review of systematic reviews on acute procedural pain in children in the hospital setting. Pain Res Manag. 2008 Jan-Feb; 13(1): 41-57
- Uman LS, Chambers CT, McGrath PJ, Gonyea SR. Psychological interventions for non-involvement procedural pain and distress in children and adolescents (Review) Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, issue 10



24

★

[illegible]

OBRIGADA PELA VOSSA ATENÇÃO!

APÊNDICE II – Questionário de Avaliação da Sessão de Formação

Avaliação da Sessão de Formação

Tema: História de dor no internamento de pediatria

Formadora: Discente da EESIP Patrícia Cortinhal Galego

Docente Orientador: Professora Sónia Colaço

Orientador Clínico: EEESIP Teresa Candeias

Este documento pretende avaliar a sessão de formação que terminou. Obrigada pela sua colaboração.

1. Assinale com uma cruz (X) a opção que considere mais adequada tendo em conta a formação em que acabou de participar.

Apreciação	Discorda Totalmente	Discorda	Concorda	Concorda Totalmente
O tema abordado é pertinente para a minha prática de cuidados diária				
Foi um momento de consolidação/aquisição de conhecimentos				
É possível mobilizar os conteúdos abordados para a prática de cuidados				
Os conteúdos foram apresentados de forma clara				
As minhas dúvidas ficaram esclarecidas				
Os meios utilizados foram os mais adequados				
A duração da sessão foi adequada				

2. De um modo geral como considera a sessão de formação?

Insuficiente	Suficiente	Bom	Muito Bom

Comentários/sugestões:

**APÊNDICE IV – Proposta de Norma de Procedimento – “
Diagnóstico Precoce no Recém-Nascido”**



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

**10º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM – ÁREA DE
ESPECIALIDADE EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA**

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

Ano Letivo 2019/2020

**Proposta de Norma de Procedimento – “ Diagnóstico Precoce no
Recém-Nascido”**

Docente orientadora: Professora Sónia Colaço

Discente:

Patrícia Cortinhal Galego Nº 8828

Orientadora Clínica:

EEESIP Lúvia Henriques

Dezembro, 2019

JUSTIFICAÇÃO DA ATIVIDADE E COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS

No âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório, do 10º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Saúde Infantil e Pediatria surgiu a oportunidade de realizar uma proposta de norma de procedimento – “Diagnóstico precoce no recém-nascido” em contexto de USF.

As normas são documentos que enunciam ações que contemplam o princípio de ajudar o doente a viver com as suas limitações ou, se for possível, restaurar a sua autonomia (Henderson, 2007¹). Os procedimentos relacionam-se com as boas práticas de prestação de cuidados e devem ter em conta a existência de diferentes contextos de saúde. Em enfermagem a norma de procedimento, tem como finalidade definir linhas orientadoras na prestação de cuidados, uniformizar procedimentos de modo a assegurar boas práticas e orientar intervenções otimizando os recursos disponíveis e garantindo o bem-estar da pessoa cuidada (ACSS, 2011²).

A norma de procedimento elaborada no contexto da USF pretende uniformizar a prática de enfermagem durante a realização do diagnóstico precoce ao recém-nascido, sendo diagnosticada a necessidade da sua elaboração durante a reunião semanal de equipa onde foi partilhada pelas enfermeiras, cuja experiência profissional se distancia da área de enfermagem de saúde infantil e pediatria, a dificuldade de atuação perante o procedimento.

A realização desta atividade permitiu-me desenvolver competências nos domínios da **“Melhoria contínua de cuidados”** e do **“Desenvolvimento das aprendizagens profissionais”** ao capacitar-me como dinamizador da prática de cuidados, contribuir para novos conhecimentos na equipa e colaborar na realização de protocolos na área da qualidade (Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro).

¹ Handersen, V. (2007). Princípios básicos dos cuidados de enfermagem do CIE. Loures. Lusodidacta.

² Administração Central do Sistema de Saúde, IP. (2011). Manual de Normas de Enfermagem Procedimentos Técnicos. ISBN. Disponível em: <https://nocs.pt/manual-de-normas-enfermagem-procedimentos-tecnicos/>

	NORMA DE PROCEDIMENTOS
	Diagnóstico precoce no Recém-nascido

ÍNDICE
1. Objetivo 2. Âmbito 3. Abreviatura 4. Fundamentação Teórica 5. Descrição do Procedimento 5.1. Realização do Procedimento 5.2. Considerações Importantes 6. Processo de Enfermagem 7. Revisão Bibliográfica

1. Objetivo

Esta norma de procedimento visa uniformizar a atuação da equipa de enfermagem na execução do Diagnóstico Precoce no Recém-nascido na USF.

2. Âmbito

Esta norma de procedimento destina-se aos Enfermeiros da USF.

3. Abreviaturas

PNDP – Programa Nacional de Diagnóstico Precoce

RN – Recém-Nascido

BSIJ – Boletim de Saúde Infantil e Juvenil

4. Fundamentação Teórica

O Programa Nacional de Diagnóstico Precoce (PNDP) é um programa que tem por objetivo diagnosticar, nas primeiras semanas de vida, doenças que, uma vez identificadas, permitam o tratamento precoce, mesmo antes do aparecimento dos primeiros sinais clínicos.

O PNDP teve o seu começo em 1979 com o rastreio da Fenilcetonúria e posteriormente com o do Hipotiroidismo Congénito. Desde 2008 são rastreadas a nível nacional 25 patologias, e

	NORMA DE PROCEDIMENTOS
	Diagnóstico precoce no Recém-nascido

no final de 2013 reiniciou-se o estudo piloto do rastreio neonatal da Fibrose Quística. Desde 2015, funciona o rastreio neonatal alargado e da Drepanocitose por solicitação de Centros Clínicos para os países africanos, Angola e Moçambique.

O rastreio neonatal de doenças raras é fundamental para um melhor conhecimento destas patologias desde os primeiros sinais e sintomas, permitindo um diagnóstico precoce aos doentes diagnosticados e possibilitando um tratamento adequado a cada caso para além da investigação da sua fisiopatologia.

Todas as análises laboratoriais do PNDP são realizadas num único laboratório, a Unidade de Rastreio Neonatal, Metabolismo e Genética, do Departamento de Genética Humana, no Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, no Porto.

As doenças rastreadas são:

- Hipotireoidismo Congénito
- Fibrose Quística
- Doenças Hereditárias do Metabolismo
 - Aminoacidopatias (exemplo: Fenilcetonúria / hiperfenilalaninémias)
 - Doenças do ciclo da ureia
 - Acidúrias Orgânicas
 - Doenças Hereditárias da β -oxidação Mitocondrial dos Ácidos Gordos.

5. Descrição dos Procedimentos

5.1. REALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Certificar no BSIJ do RN que este se encontra entre o 3º e o 6º dia de vida;
- Preencher os dados no boletim do diagnóstico precoce com os pais;
- Explicar aos pais a finalidade e a importância da realização do diagnóstico precoce;

	<p style="text-align: center;">NORMA DE PROCEDIMENTOS</p> <p style="text-align: center;">Diagnóstico precoce no Recém-nascido</p>
--	---

- Explicar aos pais como se realiza a colheita e pedir a sua colaboração na promoção do conforto do RN (contenção ou canguru materno; amamentação ou sucção não nutritiva/leite materno);
- Desinfetar o calcanhar com solução cutânea alcoólica e deixar secar bem antes de picar. Se o pé estiver muito frio aquecê-lo previamente;
- Picar duas vezes consecutivas no lado esquerdo ou direito do calcanhar, utilizando uma lanceta rejeitável;
- Deixar formar uma boa gota de sangue no calcanhar, de modo a preencher o 1º círculo de uma só vez. Proceder da mesma forma nos restantes círculos. Em caso de dificuldade, preencher apenas dois círculos, para que fiquem bem impregnados nas duas faces;
- Limpar o calcanhar e colocar um penso;
- Destacar pelo picotado o código de barras e entregar aos pais, explicando como podem obter o resultado;
- Deixar secar à temperatura ambiente (habitualmente 3 a 4 horas), evitando a luz direta do sol;
- Registrar:
 - Boletim de Saúde Infantil e Juvenil;
 - Sistema informático;

5.2. CONSIDERAÇÕES IMPORTANTES

Após a colheita para o papel de filtro, deve-se deixar secar o sangue naturalmente, sem exposição solar ou a outra fonte de calor. O envio deve ser efetuado o mais rapidamente possível. Envolver o local da colheita com papel branco para proteger a amostra. O envolvimento da ficha em alumínio, estanho, plástico ou qualquer outro invólucro impermeável é sempre de evitar, pois pode provocar hemólise, alterações do hematócrito e erros nas análises.

	NORMA DE PROCEDIMENTOS
	Diagnóstico precoce no Recém-nascido

6. Processo de Enfermagem

No registo informático deverá aceder-se a: **intervenções de diagnóstico** seguidamente **avaliar desenvolvimento infantil**, depois **quadro de saúde infantil** e por fim **rastreio de doenças metabólicas**.

7. Revisão Bibliográfica

Direção-Geral de Saúde (2012). Orientações técnicas sobre o controlo da dor nos recém-nascidos (0 a 28 dias). Lisboa. Orientação Nº 24/2012. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0242012-de-18122012.aspx>

Programa Nacional de Diagnóstico Precoce. Disponível em: <http://www.diagnosticoprecoce.org/>

**APÊNDICE V – Proposta de projeto “Crescer sem Dor – Contributos
para a melhoria contínua dos cuidados de Enfermagem”**



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

**10º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM – ÁREA DE
ESPECIALIDADE EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA**

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

Ano Letivo 2019/2020

**“Crescer sem dor – Contributos para um projeto de
melhoria contínua dos cuidados de enfermagem”**

Docente orientadora: Professora Sónia Colaço

Discente:

Patrícia Cortinhal Galego Nº 8828

Orientadora Clínica:

EEESIP Sofia Pereira

Lisboa, Janeiro de 2020

LISTA DE SIGLAS

DGS – Direção Geral de Saúde

EDIN - Échelle de Douleur et d'Inconfort du Nouveau-Né

EEESIP – Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

M/T/N – Manhã /Tarde/Noite

N-PASS - Neonatal Pain, Agitation and Sedation Scale

NICU – The Neonatal Intensive Care Unit

OE – Ordem dos Enfermeiros

RN - Recém-nascido

UCERN – Unidade de Cuidados Especiais ao Recém-Nascido

UCIN – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	4
1. IDENTIFICAR E DESCREVER O PROBLEMA	5
2. PERCEBER O PROBLEMA	8
2.1. Fundamentação teórica para a intervenção	8
3. FORMULAR OBJETIVOS INICIAIS E ESTRATÉGIAS	11
4. PERCEBER AS CAUSAS	11
5. PLANEAR E EXECUTAR AS INTERVENÇÕES/ATIVIDADES	18
6. AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS	20
7. PROPOR MEDIDAS CORRETIVAS, UNIFORMIZAR E TREINAR A EQUIPA	21
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	22

INTRODUÇÃO

O trabalho “Crescer sem Dor- Contributos para um projeto de melhoria contínua dos cuidados de Enfermagem” surgiu da preocupação individual relativamente aos cuidados desenvolvidos e implementados no âmbito da gestão da dor durante os procedimentos invasivos, no contexto da Unidade de Neonatologia num hospital privado e foi inspirado no “Guião para a Organização de Projetos de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem” (2013), nas diferentes etapas.

Este projeto é designado de “Crescer sem Dor – contributos para a melhoria contínua dos cuidados de enfermagem” pois visa a melhora contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros da Unidade de Neonatologia numa lógica de cuidados de enfermagem centrados na família, cuidados não traumáticos e cuidados neuroprotetores.

Neste sentido, o objetivo deste documento visa contribuir para a melhoria continua dos cuidados de enfermagem para a gestão da dor relacionada com os procedimentos invasivos³ no recém-nascido pré-termo e uniformizar a prática de cuidados dos enfermeiros na Unidade de neonatologia.

A metodologia de trabalho baseia-se no proposto pelo Guião para a Organização de Projetos de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (OE, 2013).

Este documento está estruturado em oito capítulos, começando pelo enquadramento do projeto, identificação e descrição do problema, perceber o problema, formular objetivos iniciais, perceber as causas do problema, planear e executar as intervenções/atividades, verificar os resultados, reconhecer e partilhar o sucesso e por fim as referências bibliográficas.

• ³ “Procedimentos invasivos são todos os que envolvem agulhas, introdução de sondas em orifícios naturais ou que causam lesão real ou potencial dos tecidos”. Direção Geral de Saúde - Orientação nº024/2012 - Orientações técnicas sobre o controlo da dor nos recém-nascidos (0 a 28 dias) Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n->

1. IDENTIFICAR E DESCREVER O PROBLEMA

A dor é uma experiência subjetiva por definição, pelo que a forma como se vive e classifica a dor de cada um é única e intransmissível (OE, 2013). Apesar de nos últimos anos várias ações de sensibilização e formação terem sido desenvolvidas na área de avaliação e controlo da dor pediátrica, trazendo inúmeros benefícios e ganhos na qualidade dos cuidados prestados (Batalha, 2015), esta não é ainda uma prática sistemática no dia-a-dia dos profissionais.

Existem barreiras na prevenção, avaliação e gestão da dor no Recém-nascido pré-termo. Um estudo realizado por (Byrd, et al., 2009) com enfermeiros de uma UCIN da Califórnia, demonstrou que 90% dos enfermeiros entrevistados reconhecem que recém-nascidos pré-termo experimentam mais dor durante o internamento do que as crianças mais velhas e que, é da responsabilidade do enfermeiro prevenir e controlar a dor destas crianças. Em Portugal, no ano de 2014 foi realizado um estudo que envolveu 830 crianças com idades compreendidas entre 0-18 anos, em vários hospitais de norte a sul do país, que demonstrou existir uma prevalência da história de dor de 47, 8% e uma prevalência de dor de 20.1% (7.5% com dor moderada ou intensa). Demonstrou ainda haver uma avaliação incorreta da dor de 40.7% e que apenas 45% dos enfermeiros concordam que a sua unidade realiza a adequada gestão da dor (Batalha, 2014). Os avanços da tecnologia na área da neonatologia tiveram repercussões hostis para o RNPT hospitalizados, sobretudo por se encontrarem sistematicamente expostos a estímulos dolorosos e potencialmente causadores de *stress*, resultante do vasto número de procedimentos (Franck, 2009).

As práticas rotineiras de que são exemplo a organização dos cuidados de enfermagem que seguem como regra o agrupamento dos procedimentos ao longo do turno, não têm muitas vezes em linha de conta a tolerância e as reações do recém-nascido aos procedimentos. Estas práticas podem em certas circunstâncias colocar em causa os princípios dos cuidados não traumáticos nomeadamente na minimização do desconforto físico e psicológico da criança e família durante a prestação de cuidados de saúde.” (Couglin, 2014; Hockenberry & Barrera 2014).

A prática de cuidados atual requer que a equipa de enfermagem realize uma avaliação global da dor do recém-nascido, baseada em escalas⁴ validadas, antes de tomar precipitadamente as ações apropriadas para melhorar a dor ou o desconforto (Anand, et al., 2014).

O envolvimento da família no conforto do RNPT é um requisito para o desenvolvimento saudável entre pais e filhos. Uma exploração das perceções e sentimentos dos pais sobre a parceria de cuidados com médicos e enfermeiros, na gestão da dor do seu filho, valida o desejo de o defender e confortá-lo ativamente (Franck, et al., 2012). Educar, capacitar, promover *empowerment* e formar parceria de cuidados com os pais e famílias na UCIN, são componentes fundamentais, nos cuidados centrados na família (Coughlin., 2014).

Neste sentido, os dos cuidados centrados no RNPT e na família focam-se na partilha de poderes, de informação e de conhecimentos, nomeadamente na área da dor. É fundamental investir na capacitação da família⁵ para a tomada de decisão no processo de cuidar, reforçando o respeito e a união familiar. A negociação dos cuidados é um dos pilares do CCF e uma estratégia imprescindível na construção de uma relação terapêutica alicerçada na confiança e no respeito mútuos, conduzindo a um planeamento de cuidados conjunto, *empowerment*, e a um nível de participação na prestação de cuidados, consoante a competência e o desejo de cada um (Mano, 2002).

O enfermeiro é o profissional de saúde que mais tempo permanece junto da criança, deste modo, tem a oportunidade de contribuir para o conforto e alívio da dor, dando visibilidade às suas ações autónomas e/ou interdependentes que promovem o conforto e o alívio da mesma, nomeadamente através de intervenções farmacológicas e não farmacológicas. A gestão adequada da dor é uma responsabilidade para todos os enfermeiros e uma responsabilidade acrescida para o EEESIP, oferecendo uma oportunidade única de assinalar o impacto dos enfermeiros nos resultados clínicos desejáveis, organizacionais, financeiros e a sua relevância nas políticas custo-eficácia (OE, 2007; 2018).

⁴ Monitorização da dor através da Escala de EDIN – Proposta de Norma de procedimento realizada em contexto de estágio curricular (Apêndice).

⁵ Capacitação parental sobre as estratégias de alívio da dor no Recém-nascido internado na unidade de neonatologia – Proposta de norma de procedimento realizada em contexto de estágio curricular (Apêndice).

A problemática desenvolvida é importante uma vez que na UCIN durante o internamento os RNPT estão sistematicamente expostos à dor e ao *stress* relacionado com procedimentos. No serviço onde exerço funções não foram elaboradas até ao momento, normas de procedimento nem proporcionados momentos de formação sobre esta temática. Deste modo foi elaborada esta proposta de projeto para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem com recurso à elaboração de três normas de procedimento (Apêndice II), sessão de formação à equipa (Apêndice III) e elaboração de um guia de procedimentos para enfermeiros (Apêndice IV) facilitando aprendizagens no sentido da atualização e uniformização das práticas.

2. PERCEBER O PROBLEMA

Inicialmente procedi à revisão da literatura com o propósito de perceber o problema à luz da evidência científica relativamente à gestão da dor relacionada com procedimentos no RNPT. Validei o problema junto da responsável da UCIN e desenvolvi um questionário dirigido à equipa com a desígnio de caracterizar o problema e diagnosticar as necessidades formativas. Este instrumento foi baseado no questionário elaborado por Coughlin (2017) – “*Trauma informed care in the NICU: Evidence Based Practice Guidelines for Neonatal Clinicians*” (Apêndice I), que na sua versão original permitia avaliar a frequência da aplicação de medidas de prevenção, avaliação e controlo da dor e do *stress* no RNPT.

Analizando o problema sustentado no questionário, refleti sobre as práticas de enfermagem na UCIN e constatei a carência de práticas uniformes, que se refletem nos registos e na utilização de escalas de dor, justificando a necessidade de formação em serviço e elaboração de normas de procedimento.

2.1. Fundamentação teórica para a intervenção

A dor é definida pela *International Association for the Study of Pain*, como uma experiência desagradável, que envolve uma componente sensorial e emocional, associada a uma lesão tecidular concreta ou potencial (IASP, 2018).

Estudos iniciais do desenvolvimento fetal difundiram a crença de que o feto e o RNPT não sentiam dor ou não a percecionavam como os adultos. Porém, têm vindo a acumular-se evidências científicas que demonstram precisamente o contrário, assinalando o facto de os RNPT possuírem à nascença o sentido tátil bem desenvolvido, desencadeando respostas a estímulos de contacto, especialmente a estímulos dolorosos (Reis, 2009).

Nos últimos 30 anos, as investigações nesta área demonstraram claramente que o sistema neurológico relacionado com a transmissão de dor está, na altura do nascimento, completo, intacto e perfeitamente funcional. A imaturidade dos mecanismos inibitórios só fazem do RNPT um ser mais vulnerável à experiência de dor, e que durante a hospitalização é bem provável que seja exposto a inúmeras situações desagradáveis ou dolorosas (Reis, 2009).

A sensibilização à dor repetitiva é analogamente, encontrada em recém-nascidos de termo saudáveis (Grunau, R., et al, 2007). A ausência de gestão da dor

sistemática no RNPT tem consequências **imediatas** e **futuras** (Fernandes, 2009). A resposta imediata à dor assenta em duas dimensões: comportamental (motoras, choro, comportamentos faciais) e fisiológicas (inflamatória local e sistémica de *stress*). A resposta do RNPT ao estímulo doloroso muito exacerbada ao nível do choro e modificações da expressão facial. A nível fisiológico os RNPT apresentam quadros de taquicardia, diminuição dos níveis de saturação periférica de oxigénio, hipertensão e aumento da pressão intracraniana. No local onde é produzido o estímulo existe uma inflamação que se manifesta por hiperalgia (Fernandes, 2007).

As consequências da dor no futuro têm-se manifestado por alterações da função do sistema nervoso periférico e central, nomeadamente alterações da sensibilidade à dor, da memória e alterações comportamentais na idade adulta (perturbações neuropsiquiátricas) (Fernandes, 2007). Experiências adversas e traumatizantes no início de vida, como na prematuridade e complicações graves que requerem cuidados intensivos, estão relacionados com patologias psiquiátricas e com alterações fisiológicas induzidas pelo *stress*.

Desde 2003 a Circular Normativa N°9 (DGS, 2003) que prevê a implementação da dor como 5º sinal vital em todos os serviços prestadores de cuidados de saúde, determina a sua avaliação e registo da intensidade da dor de modo contínuo e regular.

A Gestão diferenciada da dor na unidade de cuidados neonatais deve ser um compromisso assumido pelos diferentes profissionais, como forma de minimizar e atenuar as consequências que advêm do internamento do RNPT na unidade. Esta perspetiva comporta não só uma abordagem proactiva de gestão da dor associado aos procedimentos invasivos com maior especificidade, mas também na realização de procedimentos considerados rotina na unidade, como a punção do calcanhar, mudança da sonda nasogástrica, mudança de adesivo do sensor de temperatura, etc. (Coughlin, 2011; Coughlin, et al., 2009).

A avaliação e gestão da dor são a pedra angular na qualidade dos cuidados prestados e, obrigatórios para acreditação hospitalar. O desafio de avaliar com precisão a sensibilidade à dor em recém-nascidos pré-termo é a sua incapacidade de verbalizar a experiência (Coughlin, M., 2014). As ferramentas de avaliação da dor neonatal devem ser multidimensionais e demonstrar fiabilidade e validade, bem como viabilidade no contexto clínico.

A Direção Geral de Saúde estabelece orientações técnicas sobre o controlo da dor no RN considerando como critérios de boas práticas: a utilização em todos os serviços, de protocolos de atuação multiprofissionais atualizados para o controlo da dor neonatal, nomeadamente no RNPT, combinando obrigatoriamente intervenções não farmacológicas e farmacológicas. A multidimensionalidade das escalas de avaliação permite ao enfermeiro garantir uma avaliação abrangente e precisa da informação e inclui parâmetros fisiológicos e comportamentais como por exemplo a atividade facial e os movimentos corporais. Sem uma correta avaliação e controlo da dor e, sem o registo que lhes confira visibilidade, não podemos assumir que valorizamos a dor. No entanto é insuficiente documentar a pontuação da avaliação da dor, devendo existir uma ação correspondente, que envolva estratégias farmacológicas e não farmacológicas. As intervenções desenvolvidas em função da avaliação realizada e a sua monitorização subsequente constituem os elementos chave da valorização e reconhecimento da dor.

Segundo Camargo (2003), citado por Ritto (2004), o primeiro passo para a resolução desta situação parece ser o reconhecimento da mesma como uma prioridade. A mesma autora refere que a valorização de qualquer sinal vital é a sua avaliação e registo, tornando-o visível de modo a poder gerar ou não, medidas adicionais de apoio. O mesmo se aplica em relação à dor pois apesar da sua subjetividade, se não for avaliada nem registada sistematicamente, não é possível planear e desenvolver ações para o seu controlo adequado.

Nos registos de enfermagem deverá incluir, além da intensidade da dor, da forma mais objetiva possível, outras características da dor no RNPT como localização, procedimento, duração, etc, bem como as estratégias que foram desenvolvidas para lhe dar resposta. Deste modo é possível visualizar através dos registos a evolução algica do RNPT, permitindo a adequação da continuidade de cuidados.

Baseado na importância que a fundamentação descrita anteriormente apresenta sobre a valorização dos registos de enfermagem, que proponho a criação de um grupo de trabalho no qual me insiro, cujo objetivo é a realização de auditorias aos processos clínicos dos RNPT e posterior divulgação dos resultados à equipa.

3. FORMULAR OBJETIVOS INICIAIS E ESTRATÉGIAS

3.1. Objetivo Geral

- Promover a qualidade dos cuidados na gestão da dor relacionada com procedimentos no RNPT.

3.2. Objetivos Específicos

- Realizar formação à equipa
- Elaborar documentos orientadores da prática clínica para uniformizar as práticas na gestão da dor
- Avaliar periodicamente os cuidados prestados
- Melhorar a qualidade dos registos de enfermagem

3.3. Estratégias

- Elaborar normas de procedimento
- Realizar uma sessão de formação
- Criar um grupo de trabalho permanente entre enfermeiros para auditar os registos de enfermagem

4. PERCEBER AS CAUSAS

Com a finalidade de auscultar a prática de cuidados da equipa de enfermagem da UCERN, relativamente à gestão da dor RNPT, elaborei um questionário de necessidades formativas e identificação de oportunidades de melhoria contínua dos cuidados. O questionário consistia num conjunto de questões fechadas e foi respondido por 11 dos 13 elementos da equipa de enfermagem.

Procedi ao tratamento dos dados estatísticos e comuniquei em equipa os resultados que passarei a apresentar de seguida.

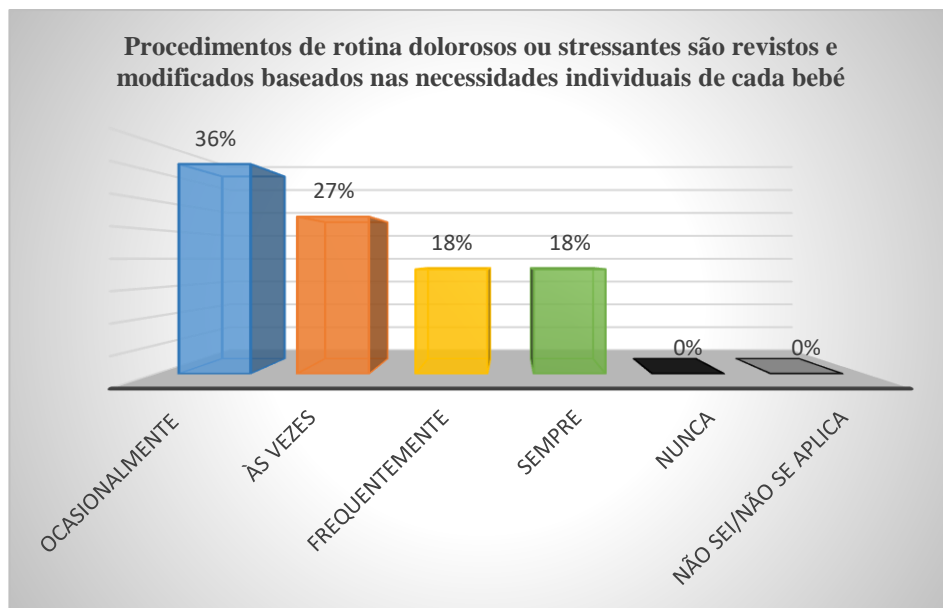


Gráfico 1 - Procedimentos de rotina dolorosos ou stressantes são revistos e modificados baseados nas necessidades individuais de cada bebê

De acordo com os dados obtidos através do Gráfico 1, a maior percentagem de enfermeiros (36%) refere que ocasionalmente modifica os procedimentos de rotina dolorosos, 27% refere que o faz “às vezes” em função das necessidades individuais de cada bebê. Apenas 18% dos enfermeiros da UCERN modifica os seus procedimentos com frequência ou sempre, em função das necessidades do bebê

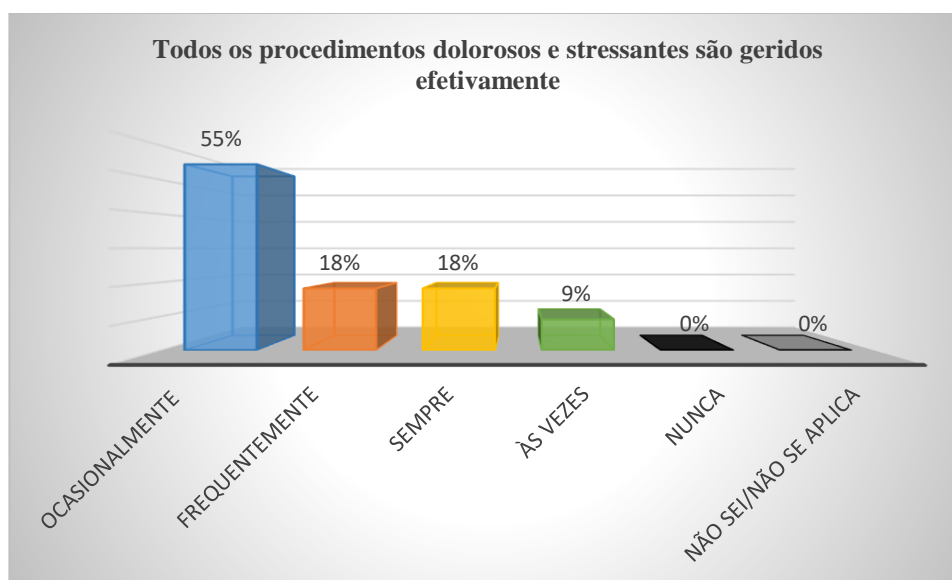


Gráfico 2 - Todos os procedimentos dolorosos e stressantes são geridos efetivamente

Quando questionados sobre a gestão da dor procedimental, a maioria dos enfermeiros (55%) refere que o faz ocasionalmente. Apenas 18% dos enfermeiros considera gerir sempre ou frequentemente a dor durante os procedimentos dolorosos ou stressantes. Apenas 9% considera que faz “as vezes” a gestão da dor em procedimentos dolorosos.

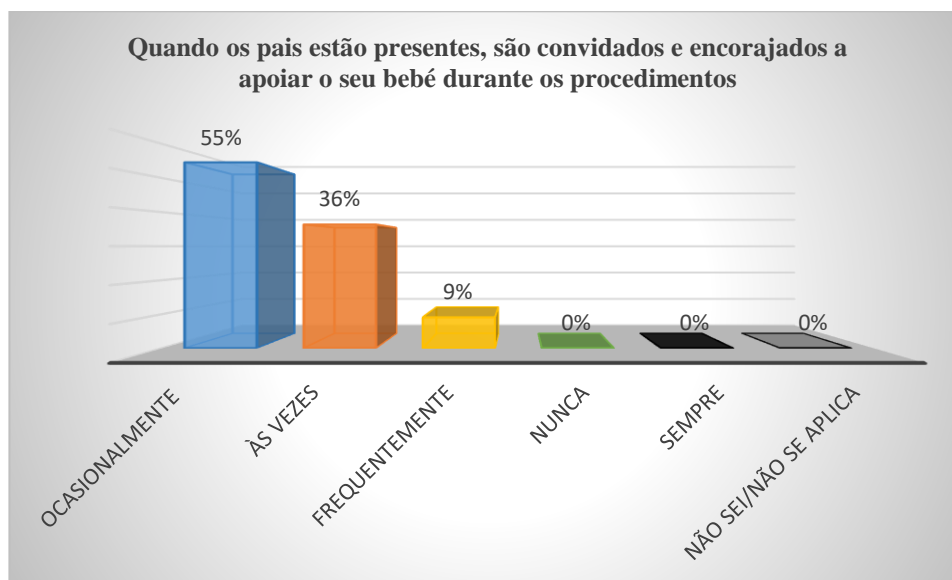


Gráfico 3 - Quando os pais estão presentes, são convidados e encorajados a apoiar o seu bebé durante os procedimentos

Promover a parceria de cuidados entre pais-criança-profissionais, 55% dos enfermeiros refere fazê-lo, 36% refere que o faz “às vezes” e apenas 9% o faz frequentemente. Nenhum dos enfermeiros refere fazê-lo sempre que presta cuidados ao recém-nascido.

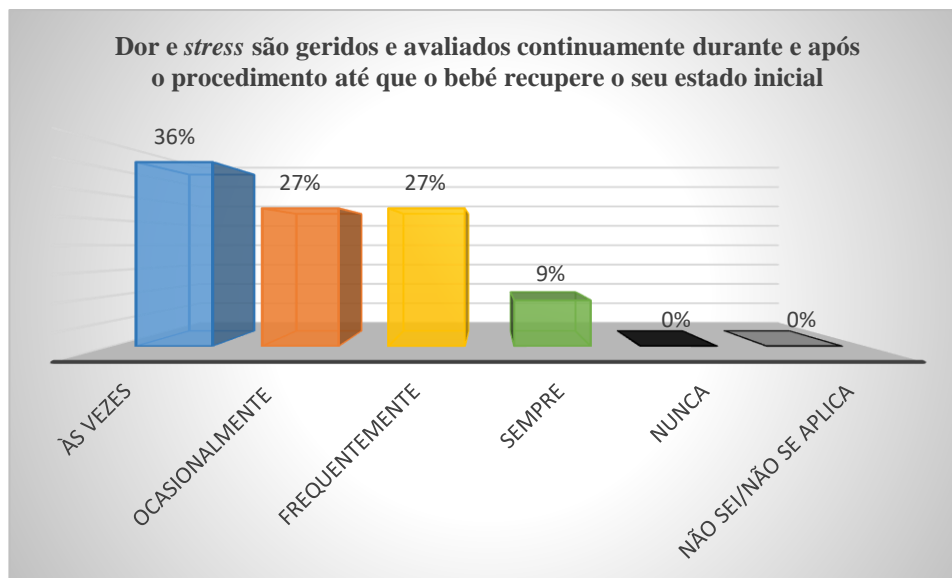


Gráfico 4 - Dor e *stress* são geridos e avaliados continuamente durante e após o procedimento até que o bebé recupere o seu estado inicial

Quando questionados sobre a gestão e avaliação da dor e *stress*, de forma contínua durante e após o procedimento, 36% dos enfermeiros refere fazê-lo “às vezes”, 27% faz ocasionalmente e outros 27% faz frequentemente. Apenas 9% dos enfermeiros refere fazê-lo sempre.

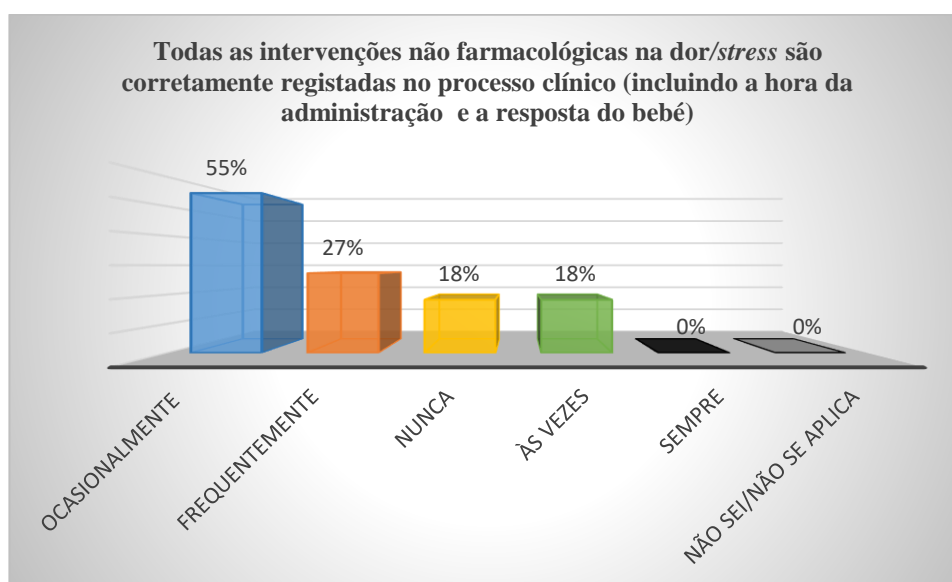


Gráfico 5 - Todas as intervenções não farmacológicas na dor/*stress* são corretamente registadas no processo clínico (incluindo a hora da administração e a resposta do bebé)

Quando questionados sobre o registo das intervenções não farmacológicas no processo clínico do bebé, 55% dos enfermeiros refere que o faz ocasionalmente,

27% regista ocasionalmente, 18% regista “às vezes” e a mesma percentagem afirma que nunca o faz.

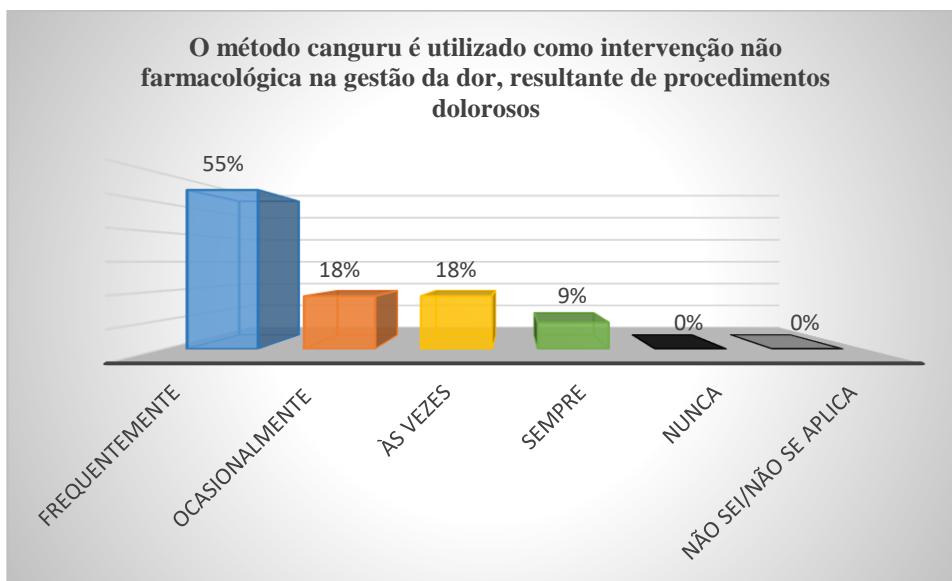


Gráfico 6 – O método canguru é utilizado como intervenção não farmacológica na gestão da dor, resultante de procedimentos dolorosos

De acordo com os dados obtidos através do Gráfico 6, a maior percentagem de enfermeiros (55%) refere que frequentemente utiliza o método canguru como intervenção não farmacológica na gestão da dor do bebé e 18% dos enfermeiros recorre “às vezes” ou ocasionalmente a esta intervenção. Apenas 9% dos enfermeiros refere que o faz sempre.

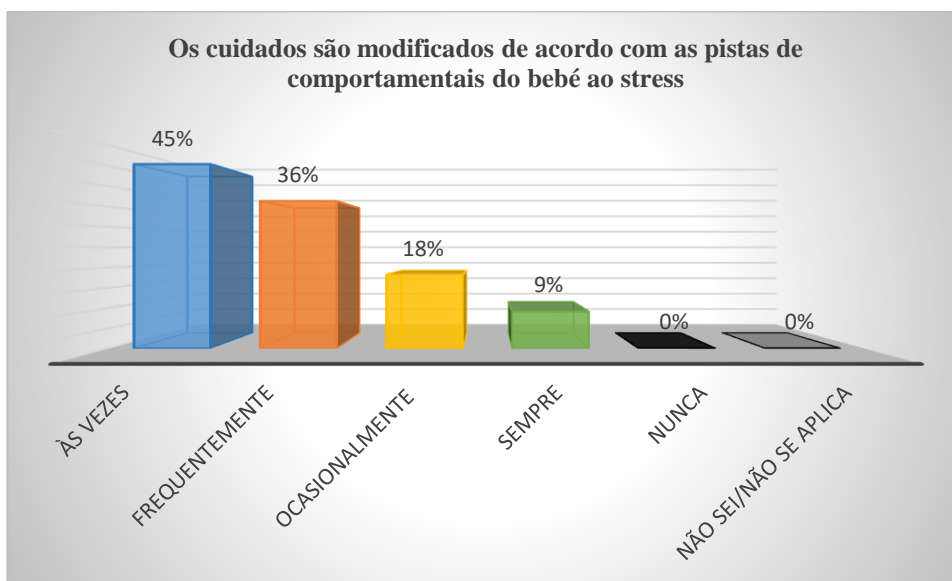


Gráfico 7 – Os cuidados são modificados de acordo com as pistas de comportamentais do bebé ao *stress*

Quando questionados sobre o ajuste dos cuidados de acordo com as pistas comportamentais do bebé ao *stress*, a maioria dos enfermeiros (45%) refere que o faz o faz “às vezes”, 36% dos enfermeiros considera modificar os seus cuidados frequentemente e 18% refere que o faz ocasionalmente. Apenas 9% dos inquiridos responde que o faz sempre.

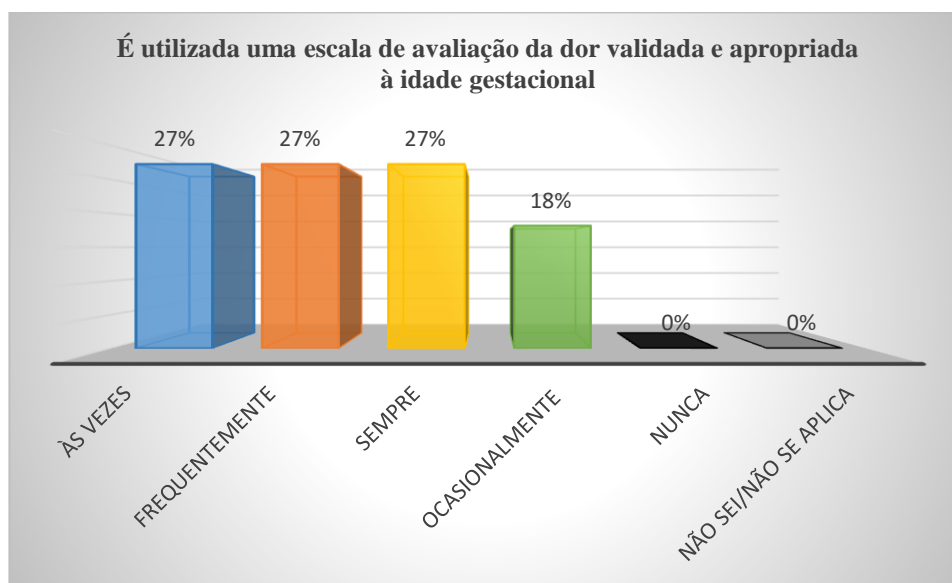


Gráfico 8 – É utilizada uma escala de avaliação da dor validada e apropriada à idade gestacional

De acordo com o gráfico 8 as opiniões dividem-se com 27% dos enfermeiros a responder que é utilizada “às vezes”, o mesmo número responde que frequentemente á utilizada e 27% que é sempre utilizada uma escala de avaliação da dor validada e apropriada à idade gestacional. Apenas 18% refere que é utilizada ocasionalmente.

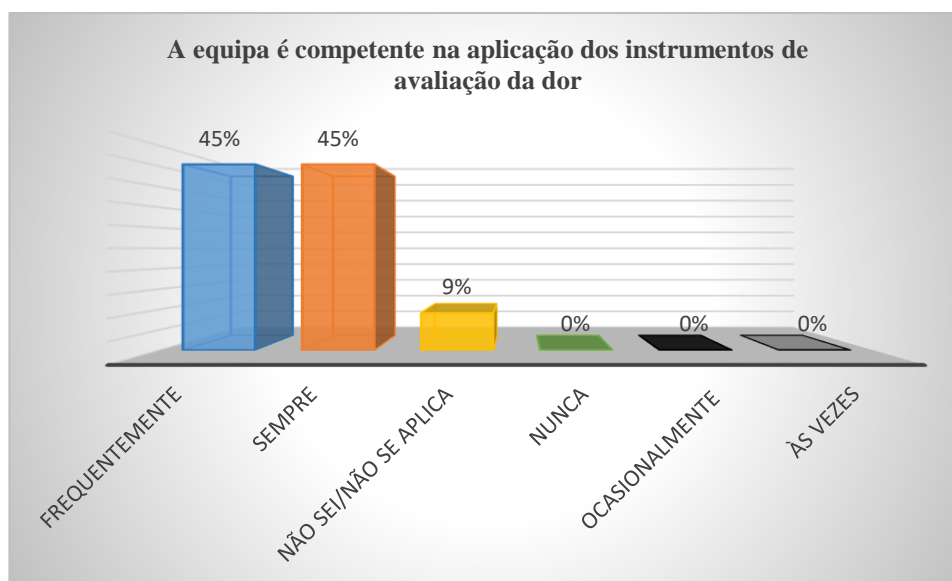


Gráfico 9 – A equipa é competente na aplicação dos instrumentos de avaliação da dor

De acordo com os dados obtidos através do Gráfico 8, aproximadamente metade da equipa (48%) refere que frequentemente a equipa aplica o instrumento de avaliação da dor de forma competente, outra metade (48%) refere que o faz sempre. Apenas 9% dos enfermeiros refere que não sabe/não se aplica.

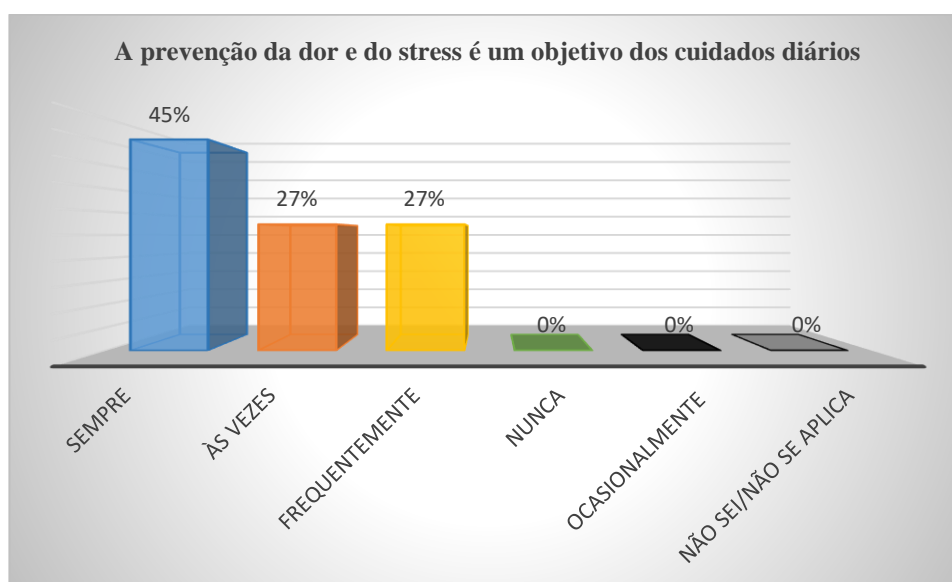


Gráfico 10 – A prevenção da dor e do stress é um objetivo dos cuidados diários

Quando questionados se um dos objetivos dos cuidados diários se prende com a prevenção da dor e do *stress* no recém-nascido, a maioria (45%) dos

enfermeiros refere que é sempre, 27% refere que frequentemente esse é um dos seus objetivos, outros 27% refere que é apenas “às vezes”.

Os principais dados obtidos pelo questionário revelam uma desvalorização desta temática por uma importante parte da equipa e uma consequente gestão inadequada da dor distanciando-se dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (2002) que defendem a existência de um sistema de registos em enfermagem que englobe necessidades, intervenções e resultados da sua prática, na procura da satisfação das necessidades humanas fundamentais. Nos resultados do questionário, a inadequada gestão da dor manifesta-se pela ausência ou limitação significativa de referências à preocupação com a participação parental nos cuidados ao RNPT, à utilização de escalas de dor e aos registos das intervenções relacionadas com a dor procedimental.

5. PLANEAR E EXECUTAR AS TAREFAS/ATIVIDADES

Para a realização desta proposta de projeto foi fundamental detetar as necessidades da equipa de enfermagem. Nesse sentido foi elaborado um questionário dirigido aos enfermeiros da UCIN procurando perceber os parâmetros de atuação ao nível da prevenção, avaliação e controlo da dor do RNPT. Paralelamente efetuei a revisão da literatura na procura de sustentar as estratégias que pretendia desenvolver. Posteriormente analisei os dados do questionário onde sobressaiu o défice de conhecimento dos enfermeiros e as lacunas nas áreas de avaliação da dor, utilização de medidas não-farmacológicas e participação parental.

Como estratégias para suprimir essas lacunas propus:

- Elaborar normas de procedimento: “Monitorizar a dor através da Escala de EDIN”; “Gerir a sacarose oral” e “Capacitação parental nos cuidados ao RNPT - estratégias de alívio da dor” (Apêndice II)
- Realizar uma sessão de formação - “Gestão da dor relacionada com os procedimentos invasivos no recém-nascido pré-termo” (Apêndice III)
- Criar um grupo de trabalho permanente entre enfermeiros para auditar os registos de enfermagem (que será descrito de seguida):

Para a realização de auditorias será realizada uma avaliação Interna, Interpares, através de auditorias mensais e anuais aos processos clínicos dos RNPT.

No quadro que se segue são apresentados e explicados os critérios a ter em conta nas auditorias.

Critérios	Esclarecimentos
1. Aos recém-nascidos internados na UCIN deverá ser atribuído o Diagnóstico de Enfermagem “Dor”	Todos os recém-nascidos internados na UCIN apresentam o diagnóstico de enfermagem de “Dor em grau reduzido/moderado”.
2. Aos recém-nascidos internados na UCIN deverão ser planeadas e registadas as seguintes intervenções de enfermagem: <ul style="list-style-type: none"> • “Executar técnica não farmacológica para controlo da dor” • “Explicar procedimentos aos pais” • “Incentivar a parceria de cuidados” 	(consultar tabela de procedimentos invasivos e medidas para controlo da dor/stress) Aos recém-nascidos internados na UCIN deverá ser avaliada a dor antes, durante e após o procedimento e prestar cuidados centrados na família.
3. Aos recém-nascidos internados na UCIN deverá ser atribuída a Intervenção de Enfermagem “ Avaliar dor através da Escala de EDIN”	A dor é considerada o 5º sinal vital desde 2003 pela Direção-Geral de Saúde (Circular Normativa Nº 09/DGCG de 14/06/2003), recomendando a avaliação e registo da intensidade da dor, pelos profissionais de saúde, de forma a contínua e regular. Consultar norma de procedimentos – Monitorização da dor através da Escala de EDIN.

<p>4. Aos recém-nascidos internados na UCIN que se encontrem ventilados deverá ser atribuída a Intervenção de Enfermagem “ Avaliar dor através da Escala de N-PASS”</p>	<p>A dor é considerada o 5º sinal vital desde 2003 pela Direção-Geral de Saúde (Circular Normativa Nº 09/DGCG de 14/06/2003), recomendando a avaliação e registo da intensidade da dor, pelos profissionais de saúde, de forma a contínua e regular.</p> <p>A DGS recomenda a utilização desta escala em recém-nascidos com ventilação assistida</p>
---	--

6. AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

Neste capítulo serão avaliadas todas as atividades desenvolvidas na sequência da proposta de projeto de melhoria contínua dos cuidados de enfermagem. Assim, relativamente ao questionário a participação alargada (número de respostas) possibilitou um diagnóstico amplo e fidedigno das necessidades formativas.

A avaliação da sessão de formação pode considerar-se positiva. No número total de sessões, apenas dois enfermeiros não assistiram, o que revela uma elevada participação e interesse no tema. No que concerne à estrutura delineada inicialmente, aos recursos humanos e materiais utilizados, à duração da sessão e aos objetivos da mesma, posso concluir que todos foram cumpridos. No questionário de avaliação da sessão a totalidade dos presentes avaliou no nível máximo o momento formativo. O período final da sessão que possibilitou a reflexão e partilha em equipa ajudou a ilustrar a pertinência da formação, revelando o elevado grau de interesse dos presentes.

As normas de procedimento e o guia orientador da prática de cuidados aguardam aprovação hospitalar, pelo que será avaliado o seu impacto após a sua implementação, em auditorias posteriores. Contudo já foram apresentadas à equipa e as manifestações informais de interesse na temática são indicadoras do seu potencial para a melhoria da prática de cuidados de enfermagem.

7. PROPOR MEDIDAS CORRETIVAS, UNIFORMIZAR E TREINAR A EQUIPA

Como proposta de melhoria e uniformização dos cuidados de enfermagem relativos a esta temática propus a criação de um grupo de trabalho com um objetivo de concretizar sessões de formação periódicas e de atualizar normas de procedimento. Deve competir a este grupo de trabalho, as auditorias aos registos e intervenções de enfermagem e posterior divulgação dos resultados.

Estas sugestões foram aprovadas pela enfermeira chefe e coordenadora da unidade de neonatologia, pelo que após a sua aprovação a nível hospitalar, devem começar a ser desenvolvidas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Altimier, L. & Phillips, R. (2016). The Neonatal Integrative Developmental Care Model: Advanced Clinical Applications of the Seven Core Measures for Neuroprotective Family-centered Developmental Care. *Newborn and Infant Nursing Reviews*, 16(4), 230-324.: doi:10.1053/j.nainr.2016.09.030.
- Balda, R., & Guinsburg, R., (2004) – *Avaliação da Dor no Período Neonatal*. In KOPELMAN, Benjamin I. [et al] ed. lit. - Diagnóstico e Tratamento em Neonatologia. São Paulo: Editora Atheneu, 2004. Pág. 577-585.
- Batalha, L. & Santos, L. (2005) – Avaliação da dor no período neonatal. Temas de actualização. *Acta pediátrica, Port.*, 2005; Nº 4; Vol. 36: pp. 201-207. Disponível em: http://www.spp.pt/Userfiles/File/App/Artigos/42/20130124172423_temas_de_atualizacao_201.pdf
- Batalha, L. (2010) – Intervenções não farmacológicas no controlo da dor em cuidados intensivos neonatais. Artigo de investigação. *Revista de enfermagem referência. III Série - n.º 2 - Dez. 2010.* pp. 73-80. ISSN 0874-0283. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0874-02832010000400008&lng=pt&nrm=iso
- Batalha, L., (2015). Avaliação e controlo da dor pediátrica em Portugal. 2º Congresso Médico da Beira Interior. Covilhã, 26 de setembro de 2015. Disponível em: <https://slideplayer.com.br/slide/10283109/>
- Beggs, S., Currie, G., Salter, M. W., Fitzgerald, M., & Walker, S. M. (2011). Priming of adult pain responses by neonatal pain experience: maintenance by central neuroimmune activity. *Brain*, 135(2), 404–417. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22102650>
- Bellieni, C. V. (2012). *Pain Assessment in Human Fetus and Infants. The AAPS Journal*, 14(3), 456–461. doi:10.1208/s12248-012-9354
- Byrd, P. J., Gonzales, I., & Parsons, V. (2009). *Exploring Barriers to Pain Management in Newborn Intensive Care Units. Advances in Neonatal Care*, 9(6), 299–306. doi:10.1097/anc.0b013e3181c1ff9c
- Carbajal, R., Eble, B., & Anand, K. J. (2007). Premedication for tracheal Intubation in neonates: Confusion or controversy? *Seminars in Perinatology*, 31(5), 309–317. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17905186>.
- Cignacco, E. L., Sellam, G., Stoffel, L., Gerull, R., Nelle, M., Anand, K. J., & Engberg, S. (2012). Oral sucrose and “facilitated tucking” for repeated pain relief in preterms: A randomized controlled trial. *Pediatrics*, 129(2), 299–308. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22232305>. doi: 10.1542/peds.2011-1879.

- Coughlin, M., Gibbins, S., & Hoath, S. (2009). Core measures for developmentally supportive care in neonatal intensive care units: Theory, precedence and practice. *Journal of Advanced Nursing*, 65(10), 2239–2248. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2779463/>
- Coughlin, M. (2011). Age-appropriate care of the premature and critically ill hospitalized infant: Guideline for practice. Glenview, IL: National Association of Neonatal Nurses. Disponível em: http://nann.org/uploads/education/age-appropriate_care-final.pdf
- Coughlin, M. (2014). Transformative nursing in the NICU. Trauma-Informed age-appropriate care. Chapter 9 – Prevention and Management of Pain and stress..Springer Publishing Company. New York. ISBN: 978-0-8261-9657-6. Disponível em: http://zu.edu.jo/UploadFile/Library/E_Books/Files/LibraryFile_171037_12.pdf
- Coughlin, M. (2017). Trauma-informed care in the nicu: evidence-based practice guidelines for neonatal clinicians. Springer Publishing Company. New York.
- Direcção Geral de Saúde. (2003) Circular Normativa n.º 09/ DGS: A Dor como 5º Sinal Vital -Registo sistemático da intensidade da Dor. Lisboa. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-9dgcg-de-14062003.aspx>
- Direção Geral de Saúde - Orientação nº024/2012 - Orientações técnicas sobre o controlo da dor nos recém-nascidos (0 a 28 dias). Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n>
- Evans, W.E.; McLeod, H.L. (2003). Pharmacogenomics-drug disposition, drug targets and side effects. *N Engl J Med* 348: 538-549. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12571262>
- Fernandes, A. (2010) - The efficacy of kangaroo mother care, sucrose and pacifier to reduce responses of preterm infants to procedural pain. (Tese de Doutoramento). Universidade de Lisboa com a participação da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Lisboa. Disponível em: <http://repositorio.ul.pt/handle/10451/2406>
- Franck, L. S., & Bruce, E. (2009). Putting pain assessment into practice: Why is it so painful? *Pain Research & Management*, 14(1), 13–20. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2706559/>
- Grunau, R. E., Holsti, L., & Peters, J. W. (2006). Long-term consequences of pain in human neonates. *Seminars in Fetal & Neonatal Medicine*, 11(4), 268–275. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16632415>
- Hockenberry, M. & Barrera, P. (2014). In Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente. Hockenberry, M. & Wilson, D. 9ª Edição. Lisboa. Lusociência.

Huebner, G., et al., (2016). *Beyond survival: The case for investing in young children globally*. Washington, DC: National Academy of Medicine.
<https://doi.org/10.31478/201606b>

IASP (2018). [The International Association for the Study of Pain definition of pain: as valid in 2018 as in 1979, but in need of regularly updated footnotes](#). Rolf-Detlef Treede. *Pain Rep.* 2018 Mar; 3(2): e643. Published online 2018 Mar 5. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5902252/>.

Johnston, C. C., Fernandes, A. M., & Campbell-Yeo, M. (2011). Pain in neonates is different. *Pain*, 152 (Supplement), S65–S73.:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20971562>.
[doi:10.1016/j.pain.2010.10.008](https://doi.org/10.1016/j.pain.2010.10.008)

Kristoffersen, L., Skogvoll, E., & Hafström, M. (2011). Pain reduction on insertion of a feeding tube in preterm infants: A randomized controlled trial. *Pediatrics*, 127(6), e1449–e1454.:[doi: 10.1542/peds.2010-3438](https://doi.org/10.1542/peds.2010-3438)

Kumar, P., Denson, S. E., & Mancuso, T. J.; Committee on Fetus and Newborn, Section on Anesthesiology and Pain Medicine. (2010). Premedication for non-emergency endotracheal intubation in the neonate. *Pediatrics*, 125(3), 608–615. Disponível em: [doi: 10.1542/peds.2009-2863](https://doi.org/10.1542/peds.2009-2863).
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20176672>

Liaw, J. J., Yang, L., Lee, C. M., Fan, H. C., Chang, Y. C., & Cheng, L. P. (2013). Effects of combined use of non-nutritive sucking, oral sucrose, and facilitated tucking on infant behavioural states across heel-stick procedures: A prospective, randomised controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 50(7), 883–894. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23068310>

Lehr, V. T., & Taddio, A. (2007). Topical anesthesia in neonates: Clinical practices and practical considerations. *Seminars in Perinatology*, 31(5), 323–329. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17905188>

Linhares, M, Doca, F. (2010). Dor em neonatos e crianças: avaliação e intervenções não farmacológicas. *Temas em Psicologia*, 18 (2):307-325. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v18n2/v18n2a06.pdf>

Moffat R, Rae CP. Anatomy, physiology and pharmacology of pain. *Anaesth Intensive Care Med*. Elsevier Ltd; 2011;12(1):12–5.

Moulin, D., et al., (2007). Pharmacological management of chronic neuropathic pain - Consensus statement and guidelines from the Canadian Pain Society. *Pain Research and Management* 12(1):13–21. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17372630>

McCullough, S., Halton, T., Mowbray, D., & Macfarlane, P. I. (2008). Lingual sucrose reduces the pain response to nasogastric tube insertion: A randomised clinical

trial. *Archives of Disease in Childhood*, 93(2), F100–F103.
doi:10.1136/ad.2006.110338

Naughton, K. A. (2013). The combined use of sucrose and nonnutritive sucking for procedural pain in both term and preterm neonates: An integrative review of the literature. *Advances in Neonatal Care*, 13(1), 9–19. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23360853>

Ordem dos Enfermeiros. (2013). Guia Orientador de Boa Prática - Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança. OE. Série 1. Nº 6. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8899/gobp_estrategiasnaofarmacologicascontrolodordcrianca.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2013). Guião para a Organização de Projetos de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem – Programa de Padrões de Qualidade dos cuidados de Enfermagem. Secção Regional Sul da Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/sites/sul/informacao/Documents/Gui%C3%A3o%20para%20elaborac%C2%B8%C3%A3o%20projetos%20qualidade%20SRS.pdf>

Peters, J. W. B., Schouw, R., Anand, K. J. S., van Dijk, M., Duivenvoorden, H. J., & Tibboel, D. (2005). *Does neonatal surgery lead to increased pain sensitivity in later childhood?* *Pain*, 114(3), 444–454. doi:10.1016/j.pain.2005.01.014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15777869>

Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. Regulamento n.º 351/2015. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/MCEESIP_Regulamento_PQCEE%20SaudeCriancaJovem.pdf

Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e pediátrica. Regulamento n.º 422/2018. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8349/1919219194.pdf>

Reis, G. (2009) – Avaliação e controlo da dor em cuidados intensivos neonatais: Experiência do hospital pediátrico de Coimbra. APED. Dor em pediatria. Volume 17, Nº 2/2009. ISSN: 0872-4814. Disponível em: http://www.aped-dor.org/images/revista_dor/pdf/2009_02.pdf

Ritto, A. C. (2004) – A Dor e a prática de Enfermagem: A dor como 5º Sinal Vital. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.

Samra, H. A., & McGrath, J. M. (2009). Pain management during retinopathy of prematurity eye examinations: A systematic review. *Advances in Neonatal Care*, 9(3), 99–110. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19542771>

Skene, C., Franck, L., Curtis, P., & Gerrish, K. (2012). Parental Involvement in Neonatal Comfort Care. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 41(6), 786–797. [doi:10.1111/j.1552-6909.2012.01393.x](https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2012.01393.x)

Witt, N., Coynor, S., Edwards, C., & Bradshaw, H. (2016). *A Guide to Pain Assessment and Management in the Neonate*. *Current Emergency and Hospital Medicine Reports*, 4(1), 1–10. [doi:10.1007/s40138-016-0089-y](https://doi.org/10.1007/s40138-016-0089-y)

**APÊNDICE I. – Questionário para Diagnóstico das Necessidades
Formativas**

QUESTIONÁRIO

Exmo. (a) Sr. Enfermeiro (a):

Sou Enfermeira, presentemente a frequentar o Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Com este questionário⁶ pretendo recolher informação sobre a forma de atuação do enfermeiro na Unidade de Neonatologia ao nível da prevenção, avaliação e controle da dor e do *stress* no bebé prematuro.

Apelo à vossa colaboração no preenchimento deste questionário. É importante que responda a todas as questões, de forma a não invalidar os resultados.

Informo que as respostas são anónimas e utilizadas unicamente para fins académicos.

Desde já, o meu agradecimento pela sua disponibilidade.

Atenciosamente,

⁶ Este questionário é uma adaptação do questionário elaborado por, *Coughlin, M. (2017)* - *“Trauma Informed Care In The NICU: Evidence Based Practice guidelines for neonatal clinicians”*.

Por favor, indique a frequência com que atua de acordo com os seguintes parâmetros, como forma de **prevenção, avaliação e controle da dor e do stress** no bebê pré-termo.

Questionário

	Nunca	Ocasionalmente	Às vezes	Frequentemente	Sempre	Não sei/Não se aplica
Procedimentos de rotina dolorosos ou stressantes são revistos e modificados baseados nas necessidades individuais de cada bebé (i.e., punções venosas de rotina são baseadas nas necessidades dos lactentes e não nas rotinas da unidade)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comentários	<div></div>					

Todos os
procedimentos

dolorosos e
stressantes são
geridos
efetivamente (i.e.,
previamente à
entubação
nasogástrica ou
punção venosa o
Recém-nascido
recebe sucção
não nutritiva com
sacarose)

Comentários

Quando os pais
estão presentes,
são convidados e
encorajados a
apoiar o seu bebé
durante
procedimentos
(i.e., através do
método canguru,
amamentação,
contenção, etc.)

☐☐☐☐☐☐

Comentários

Dor e stress são geridos e avaliados continuamente durante e após o procedimento até que o bebé fique tranquilo.

☐☐☐☐☐☐

Comentário

Todas as intervenções não farmacológicas na dor/stress são corretamente registadas no processo clínico (incluindo a hora da administração e a resposta do bebé)

☐☐☐☐☐☐

Comentários

O método canguru é utilizado como intervenção não

☐☐☐☐☐☐

farmacológica na
gestão da dor,
resultante de
procedimentos
dolorosos.

Comentários

Os Cuidados são
modificados de
acordo com as
pistas
comportamentais
do bebé ao
stress.

☐☐☐☐☐☐

Comentário

É utilizada uma
escala de
avaliação da dor
validada e
apropriada à
idade gestacional.

☐☐☐☐☐☐

Comentário

A equipa é
competente na
aplicação dos
instrumentos de
avaliação da dor.

☐☐☐☐☐☐

Comentário

A prevenção da
dor e do stress é
um objetivo dos
cuidados diários.

☐☐☐☐☐☐

Comentário

APÊNDICE II. – Normas de Procedimento

- Proposta de Norma de Procedimento -

“ Monitorização da dor através da Escala de EDIN”

1. OBJETIVO

Esta norma de procedimento visa:

- Avaliar a intensidade da dor sentida e manifestada pelos recém-nascidos internados através da escala de dor adequada à idade;
- Determinar a necessidade de instituir terapêutica analgésica eficaz;
- Avaliar a eficácia da terapêutica administrada.

2. ÂMBITO

Esta norma de procedimento aplica-se a todos os enfermeiros da UCIN

3. REFERÊNCIAS, DEFINIÇÕES, ABREVIATURAS E ANEXOS

RN – RECÉM-NASCIDO

UCIN – UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAIS

4. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A dor é definida pela *International Association for the Study of Pain*, como uma experiência desagradável, que envolve uma componente sensorial e emocional, associada a uma lesão tecidual concreta ou potencial (IASP, 2018).

Estudos iniciais do desenvolvimento fetal difundiram a crença de que o feto e o recém-nascido não sentiam dor ou não a percecionavam como os adultos. Porém, tem vindo a acumular-se evidências científicas que têm demonstrado precisamente o contrário, que os recém-nascidos possuem à nascença o sentido táctil bem desenvolvido, desencadeando respostas a estímulos de contacto, especialmente a estímulos dolorosos (Reis, G., 2009).

A área neurobiológica responsável pela capacidade de sentir dor (vias nervosas ascendentes) está presente desde as 20 semanas de gestação, no entanto, as vias de controlo da dor (vias nervosas descendentes) são ainda imaturas, daí que os recém-nascidos prematuros tenham uma hipersensibilidade aos estímulos dolorosos (DGS, 2010). O Recém-nascido possui maior densidade de recetores cutâneos do que o adulto, mas possui menores níveis de substâncias inibidoras: serotonina, noradrenalina e opióides endógenos (Frank et al., 2009).

As manifestações de dor do recém-nascido prematuro podem ser:

- Alterações bruscas do estágio de sono/alerta;

- Vocalização: esboço de choro ou “*silent cry*” (frequente no bebê ventilado), choro;
- Expressão facial: esgar de dor, fúrias contraído, testa franzida, olhos e sobrelhas franzidas, movimentos oculares rápidos, lábios e boca franzida, contraída, exteriorização da língua;
- Coloração: pele congestionada, avermelhada, pálida, marmoreada, acinzentada ou cianosada.
- Movimentos corporais/postura: movimentos de fuga, reflexo de moro pronunciado, movimentos descoordenados e extensão e flexão dos membros, extensão do pescoço e tronco (arqueado), afastamento dos dedos das mãos e pés (“sinal de stop”), membros em extensão, postura desalinhada, hipertonia, hipotonia, inerte (incapaz de reagir com olhar fixo, vago, rigidez facial, imóvel, membros e pescoço em extensão);
- Alterações fisiológicas: Diminuição da saturação O₂, aumento da frequência cardíaca e depois diminuição, aumento da frequência respiratória, aumento da tensão arterial, diminuição da temperatura;
- Alterações bioquímicas: aumento do cortisol plasmático, aumento da epinefrina, aumento da norepinefrina, aumento da glicémia (diminuição da produção de insulina), diminuição da prolactina, diminuição da resposta imunitária (Bellieni,2012).

Através de estudos que avaliaram dimensões fisiológicas, comportamentais, metabólicas e respostas hormonais à dor, referem que os recém-nascidos prematuros apresentam efeitos negativos no âmbito neurológico a longo prazo e no desenvolvimento comportamental. Isto acontece porque a experiência de dor ocorre durante um período crítico de maturação. Recém-nascidos prematuros demonstram uma resposta exagerada à dor e um comportamento sensorial alterado, a longo prazo, quando comparados com recém-nascidos de termo (Witt, et al., 2016).

A dor é considerada o 5º sinal vital desde 2003 pela Direção-Geral de Saúde (Circular Normativa Nº 09/DGCG de 14/06/2003), recomendando a avaliação e registo da intensidade da dor, pelos profissionais de saúde, de forma a contínua e regular.

A Direção-Geral de Saúde (2012) define Orientações técnicas sobre o controlo da Dor nos recém-nascidos (0 a 28 dias), onde refere a importância de colher dados sobre fatores de alívio e agravamento da dor e o efeito das medidas farmacológicas e não farmacológicas de alívio da dor. Recomenda a avaliação da dor desde o primeiro contacto e nas crianças internadas pelo menos uma vez a cada 8h, assim como a atualização de escalas para recém-nascidos pré-termo EDIN (>25 semanas); recém-nascidos de termo: NIPS (dor aguda > 24 semanas) e N-PASS (ventilados) de acordo com a situação.

Nos últimos anos as escalas de avaliação da intensidade da dor utilizadas na unidade são comportamentais e neste momento a escala referenciada é a EDIN.

5. PROCEDIMENTO:

- A. Monitorizar a dor através da escala de EDIN
 - a. À entrada na unidade, a todos os recém-nascidos – Posteriormente de 3/3h, em descanso e outro durante a manipulação;
 - b. Sempre que necessário aos recém-nascidos com diagnóstico de dor presente em grau elevado, com lesões cutâneas, com fraturas ou com traumatismos de parto;
 - c. Após intervenções não farmacológicas de alívio e controlo da dor;
 - d. Após administração de terapêutica analgésica prescrita.
- B. Em recém-nascidos sob sedação abrir a intervenção “Monitorizar sedação” e registar o valor de sedação da escala N-PASS;
- C. Executar tratamento com estratégias não farmacológicas (especificar como acalma e o posicionamento preferido);
- D. Informar o médico sempre que o score de dor for igual ou superior a 4 após instituição de medidas não farmacológicas de controlo da dor, por forma a instituir medidas farmacológicas.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Bellieni, C. V. (2012). *Pain Assessment in Human Fetus and Infants. The AAPS Journal*, 14(3), 456–461. doi:10.1208/s12248-012-9354-5
- Direcção Geral de Saúde. (2003) Circular Normativa n.º 09/ DGS: *A Dor como 5º Sinal Vital -Registo sistemático da intensidade da Dor*. Lisboa. Disponível em:<https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-9dgcg-de-14062003.aspx>
- Direcção-Geral de Saúde. (2012). Orientações técnicas sobre o controlo da Dor nos recém-nascidos (0 a 28 dias). Lisboa (Orientação n.º24/2012). Disponível em:<https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0242012-de-18122012-png.aspx>
- Franck, L. S., & Bruce, E. (2009). Putting pain assessment into practice: Why is it so painful? *Pain Research & Management*, 14(1), 13–20. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2706559/>
- IASP (2018). [The International Association for the Study of Pain definition of pain: as valid in 2018 as in 1979, but in need of regularly updated footnotes](https://www.iasp-pain.org/News-Events/2018/03/05/IASP-2018-Definition-of-Pain/). Rolf-Detlef Treede. *Pain Rep.* 2018 Mar; 3(2): e643. Published online 2018 Mar 5. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5902252/>.
- Reis, G. (2009) – Avaliação e controlo da dor em cuidados intensivos neonatais: Experiência do hospital pediátrico de Coimbra. APED. *Dor em pediatria*. Volume 17, Nº 2/2009. ISSN: 0872-4814. Disponível em: http://www.aped-dor.org/images/revista_dor/pdf/2009_02.pdf.
- Witt, N., Coynor, S., Edwards, C., & Bradshaw, H. (2016). *A Guide to Pain Assessment and Management in the Neonate. Current Emergency and Hospital Medicine Reports*, 4(1), 1–10. doi:10.1007/s40138-016-0089-y

- Proposta de Norma de Procedimento -

“ Gerir a Sacarose Oral no Recém-Nascido”

1. OBJETIVO

Esta norma de procedimento visa:

- Diminuir a dor provocada por tratamentos ou procedimentos potencialmente dolorosos
- Diminuir a dor e/ou *stress* dos recém-nascidos internados

2. ÂMBITO

Esta norma de procedimento aplica-se a todos os enfermeiros da UCIN

3. ABREVIATURAS E ANEXOS

DGS – DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE

RN – RECÉM-NASCIDO

UCIN – UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAIS

SNN – SUCÇÃO NÃO NUTRITIVA

4. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

As estratégias para redução do *stress* e controle da dor, são as principais preocupações na UCIN (Cignacco et al., 2012). O alívio da dor melhora a estabilidade hemodinâmica dos recém-nascidos, e os cuidados e apoio aos bebés prematuros são essenciais tendo em conta os procedimentos associados aos cuidados intensivos neonatais. A avaliação da dor deve ser um procedimento de rotina e os métodos farmacológicos e não farmacológicos devem ser usados para reduzir a dor e evitar os seus efeitos prejudiciais a curto, médio e longo prazo. Em particular, as intervenções não farmacológicas que se baseiam em avaliações clínicas da dor realizadas pela equipa de enfermagem, são usadas isoladamente ou em combinação com modalidades de tratamento farmacológico, nomeadamente com a sacarose oral 24% (Polat et al., 2018).

Nos últimos anos, a administração de sacarose com ou sem sucção não nutritiva tem sido frequentemente estudada como intervenção para alívio da dor procedimental em recém-nascidos. A sacarose acalma o recém-nascido que chora e produz efeitos analgésicos aquando dos procedimentos invasivos em recém-nascidos de termo ou prematuros. A sacarose é uma solução adocicada que interfere ao nível do processo de modulação, levando à libertação pelo SNC de opióides endógenos que boqueiam o impulso doloroso através das vias descendentes, reduzindo a resposta à dor e ao *stress* (AAP, 2006).

Numa revisão sistemática/meta-análise realizada por Stevens et al., (2013) sobre a eficácia da sacarose na dor procedimental, concluíram que a proporção de tempo e o choro diminuí com sacarose 0.14 a 0.48 gr., administrada por via oral 2 minutos antes do procedimento doloroso, por exemplo na punção do calcanhar, punção venosa ou entubação naso/oro gástrica.

Segundo os Consensos de Neonatologia (2004) o uso de SNN com sacarose de 12 a 24% parece ser eficaz na diminuição da dor associada a punção do calcanhar, melhoria da oxigenação, melhoria das funções gastrointestinais e respiratória, diminui a agitação, a frequência cardíaca e o consumo de energia.

A utilização de sacarose está recomendada pela Direção Geral de Saúde (2012) em vários procedimentos tais como: punção venosa periférica; punção arterial; colocação de cateter endovenoso central; punção supra-púbica; punção lombar; punção do calcanhar; limpeza de feridas; remoção do dreno torácico e colocação de sonda nasogástrica. Entre os procedimentos acima descrito não se exclui a sua associação com anestésicos e analgésicos, que estão de acordo com as recomendações da Direção Geral de Saúde (2012).

A sacarose associada à SNN isoladamente, não está recomendada na prevenção ou alívio da dor moderada e grave ou prolongada (Cignacco et al., 2012).

Stevens, et al., (2016) realizaram uma ampla revisão na literatura até fevereiro de 2016, em estudos que investigaram os efeitos da sacarose no alívio da dor para procedimentos menores em recém-nascidos prematuros e recém-nascido de termo. Esta revisão Cochrane identificou 74 estudos que incluíram no total de mais de 7.000 recém-nascidos. Desses, 38 estudos incluíram apenas recém-nascidos de termo, 31 incluíram apenas recém-nascidos prematuros e 5 estudos incluíram os dois tipos de recém-nascidos. O procedimento avaliado foi a punção do calcanhar em 38 estudos e a punção venosa em 9 estudos. Os estudos restantes investigaram uma ampla variedade de outros procedimentos dolorosos.

Os estudos usaram diferentes formas de administrar sacarose na boca do recém-nascido (foi usado uma seringa, conta-gotas ou chucha molhada em açúcar), assim como diferentes concentrações e volumes da solução. Existe evidência de alta qualidade de que a sacarose reduz a dor dos recém-nascidos prematuros e de termo, durante a punção do calcanhar, punção venosa e injeção intramuscular.

De acordo com a DGS (2012) É recomendada uma dose mínima eficaz de 0.05 ml a 0.5 ml em recém-nascidos prematuros e dose máxima por procedimento: 27-31 semanas de IG: 0,5 ml, 32-36 semanas de IG: 1 ml e recém-nascidos de termo: 2 ml. Frequência máxima de 4 tomas no prematuro e 6 tomas no RN de termo.

Segundo Harrison et al., (2016) o pico de atuação da solução de sacarose quando administrada corretamente na parte anterior da língua, é de 2 minutos e o efeito é aproximadamente 5 minutos. Esta pode ser administrada antes, durante e após o procedimento. Os efeitos da sacarose podem ser potenciados quando associados a outras medidas não farmacológicas como: canguru; amamentação; SNN; contenção; envolver; embalar; música; massagem e diminuição de estímulos ambientais (DGS, 2012; Harrison et al., 2016; Ordem dos Enfermeiros, 2013; Stevens, et al., 2016).

Autores referem que a longo prazo, a administração frequente de sacarose pode provocar alterações no desenvolvimento neurológico, em recém-nascidos extremamente prematuros ou gravemente doentes. Pode provocar alterações na atenção e desenvolvimento motor, pelo que não recomendam a administração superior a 10 doses/dia, privilegiando o recurso a outras medidas de controlo da dor e stress. A DGS (2012) recomenda que não devem ser ultrapassadas 4 doses de administração diária em recém-nascidos prematuros e 6 doses em recém-nascidos de termo.

5. PROCEDIMENTO:

A. Gerir a sacarose oral

- a. Administrar solução de sacarose a 24%, na porção anterior da língua, 2 minutos antes a realização do procedimento invasivo ou potencialmente doloroso;
- b. Promover em simultâneo a SNN;
- c. Administrar a dose recomendada, de acordo com a idade gestacional do recém-nascido, tendo em conta que o efeito analgésico é mantido por 5 minutos após a sua administração.
 - i. Administrar solução oral por seringa sobre a porção anterior da língua, ou molhando a chucha/dedo com luva na solução (volume estimado é 0,1- 0,2ml), 2 minutos antes do procedimento.
 - ii. Em procedimentos superiores a 60 segundos, a dose máxima pode ser fracionada em intervalos de 30 a 60 segundos.
 - iii. Dose mínima eficaz: 0,05-0,5 ml.
 - iv. Doses máximas/procedimento:
 1. 27-31 semanas de IG:0,5 ml
 2. 32-36 semanas de IG:1 ml
 3. Recém-nascidos de termo: 2 ml

B. Promover a associação de outras medidas sensoriais para o controlo da dor:

- a. Colocar o recém-nascido à mama antes e durante o procedimento, mantendo-o durante alguns minutos após o final
- b. Colocar o recém-nascido, pelo menos 15 minutos antes do procedimento, em contacto ventral pele a pele com o peito da mãe, usando apenas fralda, cobrindo-o com a roupa desta e/ou cobertor
- c. Oferecer a chucha como medida terapêutica aos recém-nascidos com idade gestacional superior a 30 semanas
- d. Envolver o recém-nascido num lençol ou cobertor, com flexão dos membros e tronco, deixando as mãos livres para chegar à boca. Conhecido como swaddling.
- e. Controlar a luz e o ruído ambiental

C. Capacitação parental na gestão da sacarose oral

- a. Promover a presença dos pais ou pessoas significativas e capacitá-los para a administração da sacarose como estratégia de alívio da dor
- b. Capacitar os pais ou pessoas significativas sobre medidas sensoriais para o controlo da dor em simultâneo com a administração de sacarose oral

D. Registar em sistema informático, o procedimento realizado, a administração da sacarose, a dose e os seus efeitos

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- American Academy of Pediatrics e Canadian Society (2006). Prevention and Management of Pain in the neonate: An update. *Pediatrics*, 118 (5): 2231-41. Doi:10.1542/peds.2006-2277.
- American Academy of Pediatrics: Committee on Fetus and Newborn and Section on Anesthesiology and Pain Medicine (2016). Prevention and Management of Pain in the Neonate. An update. *Pediatrics*, 137(2): e20154271. doi:10.1542/peds.2015-4271.
- Cignacco, E. L., Sellam, G., Stoffel, L., Gerull, R., Nello, M., Anand, K. J. S., & Engberg, S. (2012). Oral Sucrose and "Facilitated Tucking" for Repeated Pain Relief in Preterms: A Randomized Controlled Trial. *Pediatrics*, 129(2), 299–308. doi:10.1542/peds.2011-1879.
- Direção Geral de Saúde (2012). Orientações técnicas sobre o controlo da dor nos recém-nascidos (0 a 28 dias). Orientação nº 024/2012, 18/12/2012. Lisboa.
- Harrison, D., Larocque, C., Bueno, M., Stokes, Y., Turner, L., Hutton, B., & Stevens, B. (2016). Sweet Solutions to Reduce Procedural Pain in Neonates: A Meta-analysis. *Pediatrics*, 139(1), e20160955. doi:10.1542/peds.2016-0955
- Ordem dos Enfermeiros (2013). Guia Orientador de Boa Prática – Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança. Série I. Número 6. Lisboa. ISBN: 978-989-8444-23-3.
- Sociedade Portuguesa de Pediatria (2004). Consensos Nacionais em Neonatologia. Secção de Neonatologia. Sociedade Portuguesa de Pediatria. Coimbra 2004.
- Stevens, B., Yamada, J., Lee, G. Y., & Ohlsson, A. (2013). Sucrose for analgesia in newborn infants undergoing painful procedures. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. doi:10.1002/14651858.cd001069.pub4.
- Stevens, B., Yamada, J., Ohlsson, A., Haliburton, S., & Shorkey, A. (2016). Sucrose for analgesia in newborn infants undergoing painful procedures. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7, CD001069. doi:10.1002/14651858.CD001069.pub5.
- Tekgündüz, K. Ş., Polat, S., Gürol, A., & Apay, S. E. (2018). Oral Glucose and Listening to Lullaby to Decrease Pain in Preterm Infants Supported with NCPAP: A Randomized Controlled Trial. *Pain Management Nursing*. doi:10.1016/j.pmn.2018.04.008.
- Witt, N., Coyner, S., Edwards, C., & Bradshaw, H. (2016). *A Guide to Pain Assessment and Management in the Neonate*. *Current Emergency and Hospital Medicine Reports*, 4(1), 1–10. doi:10.1007/s40138-016-0089-y.

- Proposta de Norma de Procedimento -

“ Capacitação parental nos cuidados ao RNPT - estratégias de alívio da dor”

1. OBJETIVO

Esta norma de procedimento visa:

- Promover a capacitação parental nos cuidados ao recém-nascido na UCERN
- Diminuir a ansiedade dos pais durante os procedimentos
- Promover a autonomia parental

2. ÂMBITO

Esta norma de procedimento aplica-se a todos os enfermeiros da UCIN

3. REFERÊNCIAS, DEFINIÇÕES, ABREVIATURAS E ANEXOS

RN – RECÉM-NASCIDO

UCIN – UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAIS

4. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A dor é definida pela International Association for the Study of Pain, como uma experiência desagradável, que envolve uma componente sensorial e emocional, associada a uma lesão tecidual concreta ou potencial (IASP, 2018).

Atualmente está provado que no RNPT as vias necessárias à condução da dor estão completamente mielinizadas às 30 semanas de gestação e que o sistema neurológico relacionado com a transmissão de dor está completo, intacto e funcional no momento do nascimento (Reis, 2009).

Os progressos tecnológicos no âmbito dos cuidados neonatais trouxeram um importante efeito adverso aos recém-nascidos que necessitam de cuidados intensivos, nomeadamente uma exposição aumentada a estímulos dolorosos. Além da dor resultante da condição clínica dos recém-nascidos pré-termo, também é frequente a dor decorrente de múltiplos procedimentos realizados durante o internamento (Franck, L., 2009).

A inadequada gestão da dor de forma repetitiva e prolongada no RNPT pode ter consequências a breve e longo prazo. A breve prazo os procedimentos dolorosos levam a uma diminuição da saturação de oxigénio, ao aumento da pressão intracraniana e à elevação da frequência cardíaca que pode aumentar as necessidades cardiorrespiratórias (Reis, 2009). A longo prazo as consequências no RNPT referem-se ao aumento da sensibilidade à dor, à hipersensibilidade a estímulos dolorosos, ao aumento da incidência

de somatizações inespecíficas e às alterações estruturais no cérebro e na medula espinhal (Evans, 2003; Fitzgerald, & Walker, (2009).

De forma a gerir a dor e o *stress* no recém-nascido prematuro estão ao nosso alcance várias intervenções farmacológicas e não-farmacológicas que podem ser classificadas de acordo com o nível em que se processa a modulação do estímulo doloroso, podendo ser comportamentais, cognitivas, cognitivo-comportamentais, físicas, de suporte social e ambientais (DGS, 2012).

A gestão eficaz da dor relacionada com os procedimentos no RNPT é fundamental pelas alterações que pode provocar no seu desenvolvimento devido à sua imaturidade. Os pais devem ser encarados como parceiros nos cuidados para defender e facilitar intervenções eficazes de prevenção da dor na UCIN. Esta parceria de cuidados pode ser gerida através da filosofia de cuidados centrados na família e dos cuidados não traumáticos (Coughlin, 2016).

Os pais devem estar munidos de conhecimentos sobre a experiência de dor e os comportamentos de dor do bebé, bem como, estratégias efetivas de controlo de dor baseado em evidências (Franck, et al., 2011). Existem diversas intervenções neuroprotetoras em parceria com as famílias para o alívio da dor no RNPT, que são: fornecer apoio não farmacológico durante os procedimentos com recurso a amamentação, contacto pele com pele precoce, sucção não nutritiva, contenção; educar, treinar e orientar os pais sobre sinais relacionados com o *stress* e dor; fornecer apoio individualizado por forma a antecipar, priorizar e apoiar as necessidades do bebé para minimizar a dor e o *stress* (Batalha, 2010; DGS, 2012; Altimier & Phillips, 2016). O envolvimento parental nos cuidados de conforto pode contribuir para o desenvolvimento da parentalidade que está dificultada na UCIN, facilitando a transferência de responsabilidade dos enfermeiros para os pais e contribuindo para o processo de vinculação com os filhos. A aprendizagem dos pais permite-lhes através da observação do filho, compreender o seu comportamento normal, e em contraponto reconhecer os comportamentos que indicam desconforto ou dor facilitando a transição para a alta (Skene, et al., 2012).

Compete ao enfermeiro criar um ambiente favorável à presença dos pais na UCIN, demonstrando-lhes a relevância da sua presença (Coughlin, 2016).

5. PROCEDIMENTO:

- A. Avaliar a predisposição dos pais para serem envolvidos nos cuidados ao RNPT
 - a. Ausculta a presença de medos
 - b. Percecionar barreiras ao envolvimento parental
- B. Monitorizar o conhecimento da mãe ou pai (ou cuidadores) sobre estratégias de alívio da dor:
 - a. Esta intervenção deve constar no processo de enfermagem e deve ser avaliada periodicamente
 - b. Quando o conhecimento da mãe ou pai está adquirido deve fechar-se a intervenção anteriormente selecionada

- C. Realizar ensinios aos pais ou cuidadores sobre a dor:
 - a. Ensinar a identificar e respeitar estádios de sono/alerta
 - b. Ensinar a identificar sinais de dor/stress:
 - i. Alterações bruscas do estágio de sono/alerta
 - ii. Choro ou esboço de choro
 - iii. Expressão facial
 - iv. Alterações da coloração da pele
 - v. Movimentos corporais
 - vi. Alterações fisiológicas
 - c. Ensinar a identificar sinais de conforto
 - i. Fácies calmo e atento
 - ii. Corpo calmo e fletido
 - iii. Pele corada
 - iv. Estabilidade fisiológica
 - d. Ensinar algumas das possíveis causas de dor/stress no recém-nascido

- D. Ensinar, Instruir e treinar a mãe/pai ou cuidadores, a aliviar a dor do RNPT através de medidas não farmacológicas, registando os ensinios realizados e intervenção dos pais durante os procedimentos
 - a. A promover a contenção dos membros, com flexão do tronco, na linha média
 - b. A promover o toque de contenção com as mãos sobre a cabeça e o tronco do recém-nascido
 - c. A promover a SNN na chucha ou mão, e a mantê-la durante o procedimento
 - d. A promover a amamentação durante o procedimento
 - e. A promover a trocar a fralda com contenção
 - f. A manter posicionamento de conforto e contenção durante procedimentos invasivos e potencialmente dolorosos
 - g. A reestabelecer a auto-regulação do recém-nascido através da SNN e de posicionamento que favoreça o levar a mão à boca
 - h. A gerir medidas de conforto:
 - i. Respeitar estádios de sono/alerta
 - ii. Manipular suavemente o recém-nascido
 - iii. Envolver com manta ou flanela
 - iv. Vestir o recém-nascido sempre que possível
 - v. Promover o contacto com os pais através do colo ou método canguru durante os procedimentos
 - vi. Promover o aleitamento materno de acordo com a capacidade do recém-nascido e opção materna, durante os procedimentos
 - vii. Posicionar recém-nascido com material de suporte fornecido pelo serviço (rolo, almofada de gel, ninhos, etc)
 - viii. Promover períodos de descanso diurno e noturno

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Altimier, L. & Phillips, R. (2016). The Neonatal Integrative Developmental Care Model: Advanced Clinical Applications of the Seven Core Measures for Neuroprotective Family-centered Developmental Care. *Newborn and Infant Nursing Reviews*, 16(4), 230-324. Disponível em: doi:10.1053/j.nainr.2016.09.030.
- Batalha, L. (2010) – Intervenções não farmacológicas no controlo da dor em cuidados intensivos neonatais. Artigo de investigação. Revista de enfermagem referência. III Série - n.º 2 - Dez. 2010. pp. 73-80. ISSN 0874-0283. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0874-02832010000400008&lng=pt&nrm=iso
- Coughlin, M. (2016). Trauma-informed care in the nicu: evidence-based practice guidelines for neonatal clinicians. Springer Publishing Company. New York.
- Direção-Geral de Saúde. (2012). Orientações técnicas sobre o controlo da Dor nos recém-nascidos (0 a 28 dias). Lisboa (Orientação n.º24/2012). Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0242012-de-18122012-png.aspx>
- Evans, W.E.; McLeod, H.L. (2003). Pharmacogenomics-drug disposition, drug targets and side effects. *N Engl J Med* 348: 538-549. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12571262>
- Fernandes, A. (2009) – O estudo da dor neonatal: Dos modelos animais À investigação clínica. APED. Dor em pediatria. Volume 17, Nº 2/2009. ISSN: 0872-4814. Disponível em: http://www.aped-dor.org/images/revista_dor/pdf/2009_02.pdf.
- Franck, L. S., & Bruce, E. (2009). Putting pain assessment into practice: Why is it so painful? *Pain Research & Management*, 14(1), 13–20. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2706559/>
- Huebner, G., et al., (2016). Beyond survival: The case for investing in young children globally. Washington, DC: National Academy of Medicine. Disponível em: <https://doi.org/10.31478/201606b>
- IASP (2018). [The International Association for the Study of Pain definition of pain: as valid in 2018 as in 1979, but in need of regularly updated footnotes](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5902252/). Rolf-Detlef Treede. *Pain Rep.* 2018 Mar; 3(2): e643. Published online 2018 Mar 5. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5902252/>.
- Johnston, C. C., Fernandes, A. M., & Campbell-Yeo, M. (2011). Pain in neonates is different. *Pain*, 152 (Supplement), S65–S73. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20971562>. doi:10.1016/j.pain.2010.10.008
- Kristoffersen, L., Skogvoll, E., & Hafström, M. (2011). Pain reduction on insertion of a feeding tube in preterm infants: A randomized controlled trial. *Pediatrics*, 127(6), e1449–e1454. Disponível em: DOI: 10.1542/peds.2010-3438
- Liaw, J. J., Yang, L., Katherine Wang, K. W., Chen, C. M., Chang, Y. C., & Yin, T. (2012). Non-nutritive sucking and facilitated tucking relieve preterm infant pain during heel-stick procedures: A prospective, randomised controlled crossover trial. *International Journal of Nursing Studies*, 49(3), 300–309 Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22001561>.
- Liaw, J. J., Yang, L., Lee, C. M., Fan, H. C., Chang, Y. C., & Cheng, L. P. (2013). Effects of combined use of non-nutritive sucking, oral sucrose, and facilitated tucking on infant behavioural states across heel-stick procedures: A prospective, randomised controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 50(7), 883–894. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23068310>
- McCullough, S., Halton, T., Mowbray, D., & Macfarlane, P. I. (2008). Lingual sucrose reduces the pain response to nasogastric tube insertion: A randomised clinical trial. *Archives of Disease in Childhood*, 93(2), F100–F103. Disponível em: doi:10.1136/adc.2006.110338

- Naughton, K. A. (2013). The combined use of sucrose and nonnutritive sucking for procedural pain in both term and preterm neonates: An integrative review of the literature. *Advances in Neonatal Care*, 13(1), 9–19. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23360853>.
- Ordem dos Enfermeiros. (2013). Guia Orientador de Boa Prática - Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança. OE. Série 1. Nº 6. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8899/gobp_estrategiasnaofarmacologicascontroloadorcrianca.pdf
- Reis, G. (2009) – Avaliação e controlo da dor em cuidados intensivos neonatais: Experiência do hospital pediátrico de Coimbra. APED. Dor em pediatria. Volume 17, Nº 2/2009. ISSN: 0872-4814. Disponível em: http://www.aped-dor.org/images/revista_dor/pdf/2009_02.pdf.
- Skene, C., Franck, L., Curtis, P., & Gerrish, K. (2012). Parental Involvement in Neonatal Comfort Care. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 41(6), 786–797. doi:10.1111/j.1552-6909.2012.01393.x
- Witt, N., Coynor, S., Edwards, C., & Bradshaw, H. (2016). *A Guide to Pain Assessment and Management in the Neonate*. *Current Emergency and Hospital Medicine Reports*, 4(1), 1–10. doi:10.1007/s40138-016-0089-y

APÊNDICE III. – Plano de Sessão de Formação

PLANO DE SESSÃO DE FORMAÇÃO

Tema: Gestão da dor relacionada com os procedimentos invasivos no RNPT

Local: Unidade de Neonatologia

Duração: 30 minutos

Destinatários: Enfermeiros da Unidade de Neonatologia

Objetivo Geral: Sensibilizar os enfermeiros da Unidade de Neonatologia para a importância da gestão da dor relacionada com os procedimentos no RNPT

Objetivos Específicos:

- Contextualizar a problemática da dor no RN pré-termo
- Refletir sobre as práticas de cuidados hospitalares na gestão da dor do RN pré-termo
- Uniformizar as prática de gestão da dor nos procedimentos ao RN pré-termo na Unidade de Neonatologia

Formador: Aluna da EEESIP Patrícia Cortinhal Galego

Plano Curricular:

FASES	MÉTODOLOGIA	CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS	RECURSOS	DURAÇÃO
Introdução	Expositiva	<ol style="list-style-type: none"> 1. Apresentação do tema da formação; 2. Objetivo geral e específicos; 3. Apresentação do sumário; 	Computador e Data Show	2 min.
Análise	Reflexiva e ativa	<ol style="list-style-type: none"> 1. Apresentação à equipa, dos resultados obtidos no questionário; 2. Reflexão em equipa sobre os resultados obtidos 	Questionário Computador e Data Show	3 min.
Desenvolvimento	Expositiva, demonstrativa e ativa	<ol style="list-style-type: none"> 1. A dor no RN pré-termo; 2. Consequências da dor no RN pré-termo; 3. Manifestações de dor no RN pré-termo; 4. Princípios orientadores da gestão da dor no recém-nascido pré-termo; 5. Recomendações para os procedimentos invasivos em recém-nascidos internados na Unidade de Neonatologia; 6. Normas de procedimento. 	Computador e Data Show Normas impressas em papel	15 min.

Considerações Finais	Ativa	1. Síntese das ideias-chave; 2. Esclarecer dúvidas; 3. Refletir sobre a importância das temáticas abordadas.	Computador e Data Show Entrega de um questionário de avaliação sobre a sessão.	10 minutos
----------------------	-------	--	---	------------

Quadro: Distribuição dos conteúdos programáticos do Plano de Sessão da Formação.

Os recursos pedagógicos utilizados incluem:

- Entrega da proposta do projeto de melhoria contínua dos cuidados de enfermagem para a gestão da dor relacionada com os procedimentos invasivos no recém-nascido pré-termo;
- Entrega das três propostas para norma de procedimentos;
 - Monitorização da dor através da Escala de EDIN
 - Gerir a sacarose oral
 - Capacitação parental no cuidado ao RNPT - estratégias de alívio da dor

**APÊNDICE IV. – Apresentação PowerPoint da Sessão de
Formação em Contexto de Trabalho**

APRESENTAÇÃO POWERPOINT DA SESSÃO DE FORMAÇÃO EM CONTEXTO DE TRABALHO

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA
10º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM NA ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO DE ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

GESTÃO DA DOR RELACIONADA COM OS PROCEDIMENTOS INVASIVOS NO RECÉM-NASCIDO PRÉ-TERMO

Unidade de Neonatologia

Docente Orientador: Professora Sónia Calapez
Discente: Patrícia Cortinhal Calapez NP (B2018)
Orientador Clínico: Enfermeira Especialista Sofia Pereira

31 de Janeiro de 2020

1

GESTÃO DA DOR RELACIONADA COM OS PROCEDIMENTOS INVASIVOS NO RECÉM-NASCIDO PRÉ-TERMO

OBJETIVOS

GERAL

- Sensibilizar os enfermeiros da Unidade de Neonatologia para a importância da gestão da dor relacionada com os procedimentos no RN pré-termo

ESPECÍFICOS

- Contextualizar a problemática da dor no RN pré-termo
- Refletir sobre as práticas de cuidados hospitalares na gestão da dor do RN pré-termo
- Uniformizar as práticas de gestão da dor nos procedimentos ao RN pré-termo na Unidade de Neonatologia

2

GESTÃO DA DOR RELACIONADA COM OS PROCEDIMENTOS INVASIVOS NO RECÉM-NASCIDO PRÉ-TERMO

SUMÁRIO

- A prática dos cuidados hospitalares na gestão da dor do RN pré-termo – Resultados do questionário
- A dor no RN pré-termo
- Consequências da dor no RN pré-termo
- Manifestações de dor no RN pré-termo
- Princípios orientadores da gestão da dor no RN (0-28 dias)
- Normas de procedimento:
 - Monitorização da dor através da Escala de EDIN
 - Gerir a sucrose oral
 - Capacitação parental sobre as estratégias de alívio da dor no RN internado na Unidade de Neonatologia
- Considerações Finais
- Reflexão em equipa

3

GESTÃO DA DOR RELACIONADA COM OS PROCEDIMENTOS INVASIVOS NO RECÉM-NASCIDO PRÉ-TERMO

A prática dos cuidados hospitalares na gestão da dor do RN pré-termo

- Aplicado um questionário à equipa de enfermeiros da Unidade de Neonatologia, tendo por base a proposta de Coughlin, M., (2016) onde se pretendeu recolher informação sobre a forma de atuação do enfermeiro ao nível da prevenção, avaliação e controlo da dor e do stress no recém-nascido pré-termo
- Na equipa, 11 enfermeiros responderam ao questionário

Gestão da dor ou desconforto do recém-nascido em procedimentos dolorosos e stressantes, 54,5% responderam que o faziam apenas ocasionalmente

Registos de enfermagem, apenas 46,2% dos enfermeiros referem registar no processo clínico todas as intervenções realizadas na gestão da dor/stress.

Envolvimento da família nos cuidados, nomeadamente se encorajam as mães a amamentarem e os pais a usarem o método canguru, durante os procedimentos ao recém-nascido, 36,4% dos enfermeiros referem fazê-lo "às vezes".

4

GESTÃO DA DOR RELACIONADA COM OS PROCEDIMENTOS INVASIVOS NO RECÉM-NASCIDO PRÉ-TERMO

A dor no RN pré-termo

- A dor é definida como uma experiência desagradável, que envolve uma componente sensorial e emocional, associada a uma lesão tecidual concreta ou potencial (IASP, 2018)
- Os progressos tecnológicos no âmbito dos cuidados neonatais trouxeram um importante efeito adverso aos recém-nascidos que necessitam de cuidados intensivos, nomeadamente uma exposição aumentada a estímulos dolorosos.
- Além da dor resultante da condição clínica dos recém-nascidos pré-termo, também é frequente a dor decorrente de múltiplos procedimentos realizados durante o internamento (Franck, L., 2009).

5

GESTÃO DA DOR RELACIONADA COM OS PROCEDIMENTOS INVASIVOS NO RECÉM-NASCIDO PRÉ-TERMO

A dor no RN pré-termo

- Procedimentos invasivos são todos os que envolvem agulhas, introdução de sondas em orifícios naturais ou que causam lesão real ou potencial dos tecidos (JGIM, 2012)
- A gestão diferenciada da dor é um indicador da qualidade dos cuidados prestados tanto do ponto de vista ético como pelas suas implicações no neurodesenvolvimento do recém-nascido pré-termo e termo (JGIM, 2012)

6

Consequências da dor no RN pré-termo

- A dor repetitiva, não gerida e prolongada no período neonatal tem consequências a curto e longo prazo (Fernandes, A., 2009)
- As **consequências a curto prazo** dos procedimentos dolorosos incluem:
 - diminuição da saturação de oxigênio
 - aumento da frequência cardíaca
 - aumento da pressão intracraniana
 - aumenta o risco de hemorragia intraventricular iritabilidade

(Ravi, G., 2009)

7

Consequências da dor no RN pré-termo

- A **médio e a longo prazo**: aponta-se para a presença de "sequelas" do fenómeno doloroso prolongado a que o recém-nascido foi submetido, como:
 - aumento da sensibilidade à dor
 - com hipersensibilidade a estímulos dolorosos e não dolorosos, provavelmente por aumento das ramificações nervosas no local agredido e diminuição do limiar à dor
 - alterações do padrão de sono, com o aumento do sono não-REM
 - diminuição do apetite ou mesmo recusa alimentar
 - interferência na relação mãe-filho

(Grunau, R., et al., 2005; Fernandes, A., 2009)

8

Consequências da dor no RN pré-termo

- Se a experiência dolorosa perdura, de forma **intermitente ou contínua**, o recém-nascido começa a apresentar uma marcada conservação de energia, que o torna pouco reativo à dor
- Os efeitos cumulativos das agressões fisiológicas e comportamentais causadas por punções venosas, aspiração traqueal, punções capilares, procedimentos de enfermagem e ventilação mecânica, determinam ainda a predisposição do recém-nascido prematuro, às lesões neurológicas, tais como hemorragias peri e intraventriculares

(Grunau, R., et al., 2005)

9

Manifestações de dor no RN pré-termo

- Alterações bruscas do estado de sono/alerta;
- **Vocalização**: esboço de choro ou "silent cry" (frequente no bebé ventilado), choro;
- **Expressão facial**: esgar de dor, fúrias contraído, testa franzida, olhos e sobrancelhas franzidas, movimentos oculares rápidos, lábios e boca franzida, contraída, exteriorização da língua;
- **Coloração**: pele congestionada, avermelhada, pálida, marmoreada, acinzentada ou cianótica.

(Bellini, 2012)

10

Manifestações de dor no RN pré-termo

- **Movimentos corporais/postura**:
 - movimentos de fuga,
 - reflexo de moro pronunciado, m
 - movimentos descoordenados e extensão e flexão dos membros,
 - extensão do pescoço e tronco (arqueado),
 - afastamento dos dedos das mãos e pés ("sinal de stop"),
 - membros em extensão,
 - postura desalinhada,
 - hipertonia/hipotonia,
 - inerte (incapaz de reagir com olhar fixo, vago, rigidez facial, imóvel, membros e pescoço em extensão)

(Bellini, 2012)

11

Manifestações de dor no RN pré-termo

- **Alterações fisiológicas**:
 - diminuição da saturação O₂
 - aumento da frequência cardíaca e depois diminuição
 - aumento da frequência respiratória
 - aumento da tensão arterial
 - diminuição da temperatura corporal
- **Alterações bioquímicas**:
 - aumento do cortisol plasmático
 - aumento da epinefrina,
 - aumento da norepinefrina
 - aumento da glicémia (diminuição da produção de insulina),
 - diminuição da prolactina, diminuição da resposta imunitária

(Bellini, 2012)

12

Gestão da Dor Relacionada com os Procedimentos Dolorosos no Recém-Nascido Pré-Termo

Princípios orientadores da gestão da dor no RN Pré-termo

- Ter sempre uma atitude preventiva
- Ter como parceiros ativos nos cuidados a criança e a sua família
- Prestar cuidados individualizados e holísticos
- Prestar cuidados em equipa

(García, 2002)

13

Gestão da Dor Relacionada com os Procedimentos Dolorosos no Recém-Nascido Pré-Termo

Princípios orientadores da gestão da dor no RN Pré-termo

- Gerir os estímulos ambientais e utilizar medidas de conforto de forma a reduzir o stress:
 - Controlar a luz e o ruído ambiental
 - Agrupar os cuidados para permitir intervalos de repouso, respeitando os ciclos de sono-vigília
 - Colocar o recém-nascido numa posição confortável mobilizando-o regularmente
 - Realizar manipulação mínima nos recém-nascidos gravemente doentes
- Na realização de procedimentos dolorosos
 - Espacar os procedimentos para permitir a recuperação dos parâmetros fisiológicos e comportamentais
 - Avaliar a dor antes, durante e após o procedimento, para ajustar as intervenções em conformidade
 - Selecionar o material e realizar o procedimento da forma que cause menos dor e stress ao RN

DSG, 2012

14

Gestão da Dor Relacionada com os Procedimentos Dolorosos no Recém-Nascido Pré-Termo

Princípios orientadores da gestão da dor no RN Pré-termo

- Para a colheita de sangue evitar, sempre que possível, a punção do calcanhar, reservando-a para a pesquisa pontual de glicémia na impossibilidade de realizar a punção venosa
- Utilizar sistematicamente a contenção manual ou com flanela conforme apropriado
- As intervenções sensoriais ou não-farmacológicas (ex: sucrose 24%, sucção) podem ser suficientes para os procedimentos menor
- Nos procedimentos maior (ex: colocação de dreno torácico), devem associar-se às anteriores intervenções farmacológicas

DSG, 2012

15

Gestão da Dor Relacionada com os Procedimentos Dolorosos no Recém-Nascido Pré-Termo

Recomendações para os procedimentos invasivos em recém-nascidos internados na Unidade de Neonatologia

Procedimentos	Medidas para controlo da dor/stress
Injeções SC e IM	<ol style="list-style-type: none"> Evitar a via IM preferindo, sempre que possível, a via IV Monitorizar procedimento com escala de dor Medidas ambientais e de conforto Não-farmacológicas: Amamentação ou sucção não nutritiva com sacarose/leite materno. Contenção, ou canguru materno
Punção venosa periférica/punção arterial/colocação CEC	<ol style="list-style-type: none"> Monitorizar procedimento com escala de dor Medidas ambientais e de conforto Não-farmacológicas: Contenção e sucção não nutritiva com sacarose/leite materno

DSG, 2012

16

Gestão da Dor Relacionada com os Procedimentos Dolorosos no Recém-Nascido Pré-Termo

Recomendações para os procedimentos invasivos em recém-nascidos internados na Unidade de Neonatologia

Procedimentos	Medidas para controlo da dor/stress
Punção do calcanhar	<ol style="list-style-type: none"> Considerar sempre que possível a punção venosa periférica Utilizar dispositivos mecânicos Monitorizar procedimento com escala de dor Medidas ambientais e de conforto Não-farmacológicas: - Amamentação ou sucção não nutritiva com sacarose/leite materno - Contenção, ou canguru materno
Punção lombar	<ol style="list-style-type: none"> Monitorizar procedimento com escala de dor Evitar flexão extrema do pescoço, independentemente da posição selecionada (risco de traumatismo e hipoxemia) Usar agulhas de calibre G22-20 Medidas ambientais e de conforto Não-farmacológicas: - Contenção e sucção não nutritiva com sacarose/leite materno

DSG, 2012

17

Gestão da Dor Relacionada com os Procedimentos Dolorosos no Recém-Nascido Pré-Termo

Recomendações para os procedimentos invasivos em recém-nascidos internados na Unidade de Neonatologia

Procedimentos	Medidas para controlo da dor/stress
Colocação de cateteres umbilicais	<ol style="list-style-type: none"> Monitorizar procedimento com escala de dor Medidas ambientais e de conforto Não-farmacológicas: - Contenção e sucção não nutritiva com sacarose/leite materno
Limpeza de feridas	<ol style="list-style-type: none"> Monitorizar procedimento com escala de dor Medidas ambientais e de conforto Não-farmacológicas: - Sucção não nutritiva com sacarose/leite materno

DSG, 2012

18

Recomendações para os procedimentos invasivos em recém-nascidos internados na Unidade de Neonatologia

Procedimentos	Medidas para controle da dor/stress
Colocação de dreno torácico	<ol style="list-style-type: none"> 1. Monitorizar procedimento com escala de dor apropriada 2. Medidas ambientais e de conforto 3. Não-farmacológicas: - Contenção e sucção não nutritiva com sacosore/leite materno <p>Após o procedimento manter avaliação da dor</p>
Aspiração traqueal em RN ventilados	<ol style="list-style-type: none"> 1. Considerar este procedimento apenas quando há presença de secreções e não por rotina 2. Monitorizar procedimento com escala de dor 3. Medidas ambientais e de conforto 4. Não farmacológicas: - Contenção e sucção não nutritiva com sacosore/leite materno

DGS, 2014

Norma de Procedimento

NORMA DE PROCEDIMIENTO

Monitoração da dor através da Escala FFIPI

5. CONCEPTS

Esta norma de procedimiento visa:

- Avaliar a intensidade da dor sentida e manifestada pelos recém-nascidos internados através da escala de dor adequada à idade;
- Determinar a necessidade de instituir terapêutica analgésica eficaz;
- Avaliar a eficácia da terapêutica administrada.

2. Assunto

Esta norma de procedimiento aplica-se a todos os enfermos de

Norma de Procedimento

Normas de Procedimento

Gentle & Saccharine Oral

1. Continued

Esta soma de procedimentos visa

- Diminuir a dor provoca per tratamentos ou procedimentos potencialmente dolorosos
- Diminuir a dor e/ou stress das recém-nascidas internadas

2. Abstract

Esta norma de procedimento aplica-se a todos os enfermeiros de

3. Aventura e Anxios

DGS – Direção Geral de Saúde
FN – Nascimento

Norma de Procedimento

Reserva de Placardamento

Capacitação parental sobre as estratégias de alívio da dor na reinternação infantil

1. Quantifying

Esta norma de procedimiento es:

- Promover a capacitação parental nos cuidados ao recém-nascido na
- Diminuir a ansiedade dos pais durante os procedimentos
- Promover a autonomia parental

2. Abstract

Esta norma de procedimento aplica-se a todos os efeitos da

2. **Краткое содержание, выводы, рекомендации и приложения**
Резюме – Abstract

UCIN - UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAIS

Considerações Finais

- Intervir na gestão da dor relacionada com os procedimentos no RN pré-termo deve ser uma prioridade dos enfermeiros
- É um indicador da qualidade dos serviços de saúde
- A dor não tratada tem consequências na vida do RN pré-termo, a curto e longo prazo
- É importante a existência de protocolos de atuação multiprofissionais atualizados para o controlo da dor neonatal, que combinem intervenções não-farmacológicas e farmacológicas
- A avaliação, prevenção e controlo da dor, tendo em conta a idade gestacional do recém-nascido, a condição clínica, a etiologia da dor e o contexto da realização dos cuidados
- Redução o número de procedimentos, agrupá-los quando possível e a selecionar a forma menos dolorosa de o fazer
- Implementar medidas ambientais para reduzir o stress do recém-nascido
- Promover a presença dos pais e a preparar a sua participação nos cuidados

1. Balleza, L. (2010) – *El sistema de salud funcionalizado en el control de las enfermedades infecciosas emergentes: el caso de la gripe A*. *Revista de epidemiología e higiene pública*, 56(4) – 391 – 2012. <http://dx.doi.org/10.4467/2474548210.0001>
2. Balleza, L. y J. (2010) *Pain Assessment in normal infants and adults: The APPS manual*, 4(22) 428-436. <http://dx.doi.org/10.1007/s10064-010-9200-4>
3. Campbell, M. (2010) *Infants reassured in the clinic: evidence-based practice guidelines for neonatal clinicians*. Springer Publishing Company, New York.
4. Dirección General de Salud – Dirección Regional de Salud – Dirección General de Atención al control de las enfermedades infecciosas y a la salud (2010) *Reporte de la actividad de vigilancia epidemiológica de las enfermedades infecciosas en el control de las enfermedades infecciosas*
5. Hernández, A. (2010) – *El control de las enfermedades infecciosas en la epidemiología clínica*. APHIS. http://dx.doi.org/10.1007/978-94-007-2900-0_1
6. Hock, S. L., & Brown, G. (2010) *Putting pain assessment into practice: why it is so painful*. *Pain Research & Management*, 14(2) 142-148. <http://dx.doi.org/10.1007/s10064-010-9200-4>
7. Gosselin, M. E., Wilkins, L., & Peters, J. W. (2010) *Long-term consequences of pain in human neonates: Sensation and neural mechanisms*. *Neurosci Biobehav Rev*, 34(2) 249-257. <http://dx.doi.org/10.1016/j.neubiorev.2009.10.005>
8. Gosselin, M. E., & Peters, J. W. (2010) *Long-term consequences of pain in human neonates: Sensation and neural mechanisms*. *Neurosci Biobehav Rev*, 34(2) 249-257. <http://dx.doi.org/10.1016/j.neubiorev.2009.10.005>
9. Hock, S. L., & Brown, G. (2010) *Putting pain assessment into practice: why it is so painful*. *Pain Research & Management*, 14(2) 142-148. <http://dx.doi.org/10.1007/s10064-010-9200-4>
10. Hock, S. L., & Brown, G. (2010) *Putting pain assessment into practice: why it is so painful*. *Pain Research & Management*, 14(2) 142-148. <http://dx.doi.org/10.1007/s10064-010-9200-4>
11. Hock, S. L., & Brown, G. (2010) *Putting pain assessment into practice: why it is so painful*. *Pain Research & Management*, 14(2) 142-148. <http://dx.doi.org/10.1007/s10064-010-9200-4>
12. Hock, S. L., & Brown, G. (2010) *Putting pain assessment into practice: why it is so painful*. *Pain Research & Management*, 14(2) 142-148. <http://dx.doi.org/10.1007/s10064-010-9200-4>
13. Hock, S. L., & Brown, G. (2010) *Putting pain assessment into practice: why it is so painful*. *Pain Research & Management*, 14(2) 142-148. <http://dx.doi.org/10.1007/s10064-010-9200-4>
14. Hock, S. L., & Brown, G. (2010) *Putting pain assessment into practice: why it is so painful*. *Pain Research & Management*, 14(2) 142-148. <http://dx.doi.org/10.1007/s10064-010-9200-4>
15. Hock, S. L., & Brown, G. (2010) *Putting pain assessment into practice: why it is so painful*. *Pain Research & Management*, 14(2) 142-148. <http://dx.doi.org/10.1007/s10064-010-9200-4>
16. Hock, S. L., & Brown, G. (2010) *Putting pain assessment into practice: why it is so painful*. *Pain Research & Management*, 14(2) 142-148. <http://dx.doi.org/10.1007/s10064-010-9200-4>
17. Hock, S. L., & Brown, G. (2010) *Putting pain assessment into practice: why it is so painful*. *Pain Research & Management*, 14(2) 142-148. <http://dx.doi.org/10.1007/s10064-010-9200-4>
18. Hock, S. L., & Brown, G. (2010) *Putting pain assessment into practice: why it is so painful*. *Pain Research & Management*, 14(2) 142-148. <http://dx.doi.org/10.1007/s10064-010-9200-4>
19. Hock, S. L., & Brown, G. (2010) *Putting pain assessment into practice: why it is so painful*. *Pain Research & Management*, 14(2) 142-148. <http://dx.doi.org/10.1007/s10064-010-9200-4>
20. Hock, S. L., & Brown, G. (2010) *Putting pain assessment into practice: why it is so painful*. *Pain Research & Management*, 14(2) 142-148. <http://dx.doi.org/10.1007/s10064-010-9200-4>
21. Hock, S. L., & Brown, G. (2010) *Putting pain assessment into practice: why it is so painful*. *Pain Research & Management*, 14(2) 142-148. <http://dx.doi.org/10.1007/s10064-010-9200-4>
22. Hock, S. L., & Brown, G. (2010) *Putting pain assessment into practice: why it is so painful*. *Pain Research & Management*, 14(2) 142-148. <http://dx.doi.org/10.1007/s10064-010-9200-4>
23. Hock, S. L., & Brown, G. (2010) *Putting pain assessment into practice: why it is so painful*. *Pain Research & Management*, 14(2) 142-148. <http://dx.doi.org/10.1007/s10064-010-9200-4>
24. Hock, S. L., & Brown, G. (2010) *Putting pain assessment into practice: why it is so painful*. *Pain Research & Management*, 14(2) 142-148. <http://dx.doi.org/10.1007/s10064-010-9200-4>
25. Hock, S. L., & Brown, G. (2010) *Putting pain assessment into practice: why it is so painful*. *Pain Research & Management*, 14(2) 142-148. <http://dx.doi.org/10.1007/s10064-010-9200-4>
26. Hock, S. L., & Brown, G. (2010) *Putting pain assessment into practice: why it is so painful*. *Pain Research & Management*, 14(2) 142-148. <http://dx.doi.org/10.1007/s10064-010-9200-4>
27. Hock, S. L., & Brown, G. (2010) *Putting pain assessment into practice: why it is so painful*. *Pain Research & Management*, 14(2) 142-148. <http://dx.doi.org/10.1007/s10064-010-9200-4>
28. Hock, S. L., & Brown, G. (2010) *Putting pain assessment into practice: why it is so painful*. *Pain Research & Management*, 14(2) 142-148. <http://dx.doi.org/10.1007/s10064-010-9200-4>
29. Hock, S. L., & Brown, G. (2010) *Putting pain assessment into practice: why it is so painful*. *Pain Research & Management*, 14(2) 142-148. <http://dx.doi.org/10.1007/s10064-010-9200-4>
30. Hock, S. L., & Brown, G. (2010) *Putting pain assessment into practice: why it is so painful*. *Pain Research & Management*, 14(2) 142-148. <http://dx.doi.org/10.1007/s10064-010-9200-4>
31. Hock, S. L., & Brown, G. (2010) *Putting pain assessment into practice: why it is so painful*.



OBRIGADA PELA VOSSA ATENÇÃO!

**APÊNDICE V. – Avaliação da Sessão de Formação em
Contexto de Trabalho**

Avaliação da Sessão de Formação Em Contexto de Trabalho

Tema: Gestão da dor relacionada com os procedimentos invasivos no RNPT

Formadora: Discente da EEESIP Patrícia Cortinhal Galego Nº 8828

Docente Orientador: Professora Sónia Colaço

Orientador Clínico: EEESIP Sofia Pereira

Este documento pretende avaliar a sessão de formação que terminou. Obrigada pela sua colaboração.

1. Assinale com uma cruz (X) a opção que considere mais adequada tendo em conta a formação em que acabou de participar.

Apreciação	Discorda Totalmente	Discorda	Concorda	Concorda Totalmente
O tema abordado é pertinente para a minha prática de cuidados diária				
Foi um momento de consolidação/aquisição de conhecimentos				
É possível mobilizar os conteúdos abordados para a prática de cuidados				
Os conteúdos foram apresentados de forma clara				
As minhas dúvidas ficaram esclarecidas				
Os meios utilizados foram os mais adequados				
A duração da sessão foi adequada				

De um modo geral como considera a sessão de formação?

Insuficiente	Suficiente	Bom	Muito Bom

Comentários/sugestões:
